Rok XLVIII. Kraków, dnia 6. listopada 1909. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kazuistyki zapaleń wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr M. Łążyński.

ordynator kliniki chirurgicznej w Kijowie.

I. *Mucocele processus vermiformis.*

Powstawanie torbieli wyrostka robaczkowego jest zjawiskiem niezbyt częstem. Sprawę tę patologiczną opisano, o ile mi wiadomo z dostępnego dla mnie piśmiennictwa, około 20 razy. Podawali takie przypadki przeważnie autorowie francuscy i angielscy, chociaż pod względem chronologicznym pierwszeństwo należy się autorom niemieckim. I tak, pierwsze prace o tym przedmiocie zawdzięczamy Rokitanskyemu, Virchowowi, Birch-Hirschfeldowi i Gruberowi. Z przytoczonych nazwisk widzimy, że najwcześniej opisali zmiany torbielowe w wyrostku patologo-anatomowie; lekarze kliniczni zajęli się tą sprawą znacznie później — w miarę rozwoju chirurgii jamy brzusznej.

Sposób powstawania wspomnianych torbieli jest mniej więcej taki sam, jak i w innych t. zw. torbielach zastojowych. Jeżeli więc odpływ wydzieliny śluzówki wyrostka jest przerwany lub przynajmniej bardzo utrudniony wskutek czy to bliznowatego zamknięcia przewodu, czy zatkania jego przez jakiekolwiek ciało obce, czy wreszcie przekręcenia się, przegięcia znacznego podstawy wyrostka lub ucisku na nią z zewnątrz, naturalnie przy zachowaniu sprawności wydzielniczej błony śluzowej, — w części obwodowej wyrostka śluz stopniowo się nagromadza, mogąc dojść do znacznej ilości. Własność chłonna śluzówki bywa w takich razach mniejszą, niż własność wydzielnicza. Aby powstała typowa torbiel, niezbędnem też jest wyginięcie w jej zawartości drobnoustrojów chorobotwórczych, gdyż ostatecznie ich obecność wywołałaby sprawy destrukcyjne w ścianach narządu ze wszystkiemi ich następstwami.

Rozmiar takich torbieli może być dość znaczny. Virchow, który opisuje je pod nazwą klejowatego zwyrodnienia wyrostka robaczkowego *(degeneratio colloides)*, powiada, że mogą one dosięgać wielkości pięści. Największe okazy opisali Guttman i Landerberger. W przypadku Landerbergera torbiel była wielkości jaja gęsiego i zawierała płyn surowiczy. Można ją było wyczuć przez powłoki brzuszne; obecność jej sprawiała bole w dole biodrowym prawym; ciepłota i tętno były niezmienione, ogólny stan dobry. Rozpoznanie przed operacyą było tylko przypuszczalne.

Treść torbieli wyrostka robaczkowego najczęściej stanowi płyn lepki, śluzowy; rzadziej, jak np. w przytoczonym wyżej przypadku Landerbergera, płyn surowiczy i dlatego nazwa *mucocele appendic. vermiform.*, jaką podali niektórzy autorowie francuscy (Féré, Vimont) wydaje mi się dość stosowną. Pod wpływem rozszerzenia i ciągłego ucisku ze strony treści torbieli, w ścianach wyrostka, zwłaszcza w błonie śluzowej, zachodzą znaczne zmiany anatomiczne. Nabłonek oraz gruczoły stopniowo zanikają, śluzówka traci swój charakter swoisty i cała ściana zmienia się w łącznotkankową błonkę czasem bardzo cienką, przez którą prześwieca treść.

Pod wpływem urazu torbiel taka może oczywiście pęknąć. Ale ponieważ treść jej jest jałowa, niema w tem wielkiego niebezpieczeństwa, trudno bowiem przypuszczać, by krwawienie z przerwanych naczyń było obfite. Przypadek podobny spostrzegał Récamier podczas operacyi uwięźniętej przepukliny. Znalazł on w jamie otrzewnej znaczną ilość płynu śluzowego, który się wylał z pękniętej torbieli wyrostka robaczkowego. Wyrostek usunięto i wyzdrowienie nastąpiło bez żadnych powikłań.

Zmiany torbielowe wyrostka mogą długi czas trwać, nie dając prawie żadnych objawów klinicznych i dawniej, kiedy zabiegów operacyjnych na wyrostku nie podejmowano, zmiany takie znajdowano przypadkowo na stole sekcyjnym.

Dzisiaj rzecz się ma trochę inaczej.

Najczęściej powstawanie torbieli poprzedza stan zapalny błony śluzowej wyrostka. A więc w wywiadach mamy jeden lub kilka napadów mniej lub więcej ciężkiej kolki wyrostkowej. Jeżeli wobec takich wywiadów wyczuwamy w okolicy odpowiedniej guz lub jeżeli chory skarży się chociażby na stałą bolesność na ucisk w tej okolicy, a zabiegi zachowawcze nie dają wyników dodatnich, jest to wskazaniem dla operacyi.

Istnienie torbieli nie jest rzeczą zawsze niewinną i obojętną dla chorego, gdyż do treści torbieli mogą się wtórnie dostać drobnoustroje chorobotwórcze, rozmnożyć się tam, jako na odpowiedniem podłożu, wywołać zropienie, przedziurawienie ścieńczałych ścian i, co za tem idzie, groźne powikłania ze strony otrzewnej.

Torbiel wyrostka robaczkowego, przedstawiona na posiedzeniu polskiego kijowskiego Towarzystwa lekarskiego 22. IV., pochodzi z chorego kadeta H, lat 13, operowanego w klinice chirurgicznej 10. IV. b. r. Pierwszy napad kolki wyrostkowej był w czerwcu roku zeszłego. W pierwszym dniu były wymioty, ból trwał mniej więcej tydzień, ciepłota nie była podniesiona; chory spędził w łóżku 2 tygodnie. Następnie, kiedy chory wstał z łóżka, nie doświadczał żadnych bolów, nawet przy silnem obmacywaniu brzucha. W połowie stycznia roku bieżącego miał chory drugi napad, który się zaczął od wymiotów i podniesienia ciepłoty do 39°. Ból trwał przez dwa tygodnie; następnie, kiedy chory wstał z łóżka, odczuwał bolesność tylko przy obmacywaniu brzucha. W połowie lutego stan się pogorszył, kiedy chory dostał nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego. Pogorszenie to polegało na wyraźniejszej bolesności w prawym dole biodrowym. Chory już nie opuszczał szpitala do Wielkanocy, kiedy z porady miejscowych lekarzy udał się do Kijowa dla operacyi.

W klinice ciepłota cały czas prawidłowa. W prawym dole biodrowym w punkcie Mac-Burneya można było wyczuć niewielki guz, nie mający wyraźnych granic, trochę bolesny, jakby naciek. Sznur, idący od tego wrzekomego nacieku, który się dawał wyczuć i o którym myślano przypuszczalnie, że jest to właśnie wyrostek robaczkowy, był, jak się okazało, jelitem cienkiem. Operacya pod względem technicznym trudności nie sprawiała, zrostów było nie wiele. Po operacyi raz jeden tylko ciepłota podskoczyła do 37,4°. Zagojenie rany doraźne.

Treścią wyciętej torbieli był przeźroczysty płyn śluzowy. Pod drobnowidem nieliczne białe ciałka krwi. Badanie bakteryologiczne stwierdziło zupełną jałowość płynu.

II. *Appendicitis fibrosa.*

Wyrostek robaczkowy przy zapaleniu przewlekłem, które cechują mniej lub więcej częste nawroty, bywa zwykle zgrubiały i twardy. Śluzówka jego obrzęka, tworzy szereg wałeczków i fałdów, ale może też wyglądać prawidłowo, a w takich razach, zdaniem Talamona, sprawa zapalna sadowi się głównie w błonie podśluzowej. W tych wszystkich przypadkach powstaje zapalna tkanka ziarninowa, która następnie przekształca się w tkankę włóknistą bardzo twardą, czasem o chrząstkowatej spoistości. Najobficiej tkanka włóknista rozwija się w warstwie podśluzowej; warstwa mięsna albo podlega zwykłemu przerostowi (*hypertrophia et hyperplasia*), albo ulega zwyrodnieniu włóknistemu. Ostatecznie kończy się tem, że wszystkie warstwy tworzą jednolitą prawie masę łącznotkankową.

Przedstawiony na posiedzeniu polskiego kijowskiego Towarzystwa lekarskiego 22. IV. preparat wykazuje właśnie taką sprawę o cechach nadzwyczaj znamiennych. Uderza tutaj przedewszystkiem niezwykła grubość ścian wyrostka, dosięgająca u podstawy (w stanie świeżym zaraz po operacyi) 15 mm. Barch, który dokonał wielu pomiarów grubości ścian wyrostka zdrowego i zmienionego przez zapalenie przewlekłe, podaje następujące liczby:

Wyrostek robaczkowy zdrowy.

Śluzówka	0,2—0,4 mm.
Błona podśluzowa	0,8—1,10 mm.
Błona mięsna	0,6 mm.
» surowicza i podsurowicza	0,07 mm.
maximum	2,17 mm.

Wyrostek robaczkowy przy zapaleniu przewlekłem.

Śluzówka	0,5—1,3 mm.
Błona podśluzowa	1,0—2,0 mm.
» mięsna	1,5—2,0 mm.
» surowicza i podsur.	0,3—0,5 mm.
maximum	5,8 mm.

Nasz zatem preparat ma ścianę 7 razy grubszą, niż narząd zdrowy i przeszło 2,5 razy grubszą od maximum, podanego przez Barcha dla wyrostków zapalnie zmienionych.

Oto w skróceniu historya choroby: p. K., nauczyciel z Kamieńca Podolskiego, lat 35. Pierwszy napad zapalenia okołokątniczego przebył w październiku 1908. Ciepłota najwyższa 38°; wymioty; napad trwał tydzień. Drugi napad przebiegiem swym podobny do pierwszego, tylko bez wymiotów, był na Boże Narodzenie; trzeci podczas karnawału. Daty te trochę dają do myślenia, gdyż wtedy łatwo mógł chory nadużywać pokarmów. Już po drugim napadzie, jak twierdzi chory, powrót do zupełnego zdrowia nie nastąpił; ból trwał w mniejszym lub większym stopniu nieustannie. W klinice skarżył się chory na bole samorodne i przy badaniu. Ciągłe zaparcie stolca, które wystąpiło na długi czas przed chorobą. Ciepłota podczas obserwacyi klinicznej prawidłowa.

Operacya 18. IV. niezmiernie trudna. Po długiem mozolnem szukaniu znaleziono wyrostek w okolicy wzgórka krzyżowego (*promontorium*) wśród całej sieci mocnych włóknistych zrostów, któremi szczelnie był owinięty. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bezgorączkowy.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

U wszystkich tych chorych przed leczeniem wykonywano badanie surowicy, które okazywało odczyn dodatni. Ustępowanie zmian chorobowych pod wpływem tego leczenia było niejednakowe tak co do długości czasu, jakoteż co do ilości użytego środka. U dwóch chorych (przypadek I. i IV.) zmiany ustąpiły już po 6—8 wstrzyknięciach, badanie jednak surowicy dało odczyn dodatni, wobec czego stosowano jeszcze przez kilka tygodni leczenie aż do ogólnej dawki 4,5 gr. arsacetyny. Pomimo tego odczyn przy kilkakrotnych badaniach, w tym czasie wykonanych, utrzymywał się jako stale dodatni, jak również i po ukończeniu

leczenia, w ciągu którego aż do czasu wyjścia z kliniki nawrót u obu tych chorych nie wystąpił. W przypadku III. guzki w kącie ust i w fałdzie nosowo-policzkowym utrzymywały się znacznie dłużej i dopiero przy równoczesnem leczeniu miejscowem zapomocą pędzlowania rozczynem arsacetyny po dwudziestu wstrzykiwaniach ustąpiły zupełnie. Z powodu jednak ciągłych nawrotów, występujących w czasie leczenia, jakoteż braku zmiany odczynu, zmieniono leczenie na wstrzykiwania salicylanu rtęciowego. Pomimo nasilenia objawów na skórze w przypadku II. zmiany te ustąpiły stosunkowo szybko, bo po 15 wstrzykiwaniach, ponieważ zaś stan ogólny i odżywienie chorego znakomicie się poprawiły, zastosowano jeszcze siedem wstrzykiwań tego przetworu. Trzykrotne, co dziesięć dni wykonywane badanie surowicy również nie wykazało zmiany odczynu. Taksamo zachowywały się pod tym względem przypadki V. i VI., z których w pierwszym działanie arsacetyny zaznaczało się już po 12 wstrzykiwaniach przypłaszczeniem guzków; do zupełnego ich usunięcia potrzeba było jeszcze 8 wstrzykiwań. Po ukończeniu jednak leczenia w drugim już tygodniu zaczęły pojawiać się świeże zmiany nawrotowe. Nierównie mniej uporczywemi okazały się zmiany chorobowe w ostatnim przypadku, gdyż po trzech tygodniach leczenia uległy owrzodzenia zupełnemu zagojeniu. Wpływ leczenia arsacetyną na zmianę odczynu okazał się w tych wszystkich przypadkach zupełnie ujemnym, co wskazywałoby stanowczo na obojętne oddziaływanie tegoż środka na sam jad kiłowy, chociaż nie można zaprzeczyć na podstawie wyników leczenia u tych kilku chorych pewnego działania leczniczego w znaczeniu ogólnem. Działanie to objawiało się ustępowaniem nawet cięższych objawów kiły w czasie, który długością nie przekraczał zwykłego okresu leczenia przeciwkiłowego przetworami rtęci i jodu. Natomiast zauważano prawie we wszystkich tych przypadkach niezwykłą skłonność do nawrotów, które po leczeniu przetworami rtęci dopiero po znacznie dłuższym okresie czasu występować zwykły.

Inne wyniki co do zmiany odczynu uzyskano zapomocą leczenia swoistego. W tem leczeniu stosowano u 10 chorych tylko wcierania maści szarej, u czterech wstrzykiwanie miąższowe głębokie salicylanu rtęciowego, u dwóch chorych sublimatu, u trzech chorych bursztynianu rtęciowego. Z chorych, leczonych wcieraniami, zauważano po 30 wcieraniach u czterech wybitną zmianę odczynu na ujemny. U dwóch odczyn dodatni nie był tak wyraźny, jak przed leczeniem i można było na pewno spodziewać się, że jeszcze po przedłużeniu okresu leczenia nastąpi wyraźniejsza zmiana odczynu; ponieważ jednak chorzy ci opuścili klinikę, obserwacya dalsza została przerwana. Z leczonych wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego u dwóch chorych wykazano wyraźną zmianę odczynu. Szczególniej uporczywym w kierunku braku zmiany odczynu okazał się przypadek, dotyczący kobiety od dwóch lat chorej, która z powodu zmian kiłowych na wargach sromnych w roku zeszłym otrzymała dziesięć wstrzykiwań salicylanu rtęciowego; obecnie zaś z powodu nawrotu choroby w postaci wysypki plamistej pierścieniowatej na tułowiu i kłykcin na częściach rodnych zewnętrznych powtórzono znowu dziesięć wstrzykiwań salicylanu rtęciowego po 0,1 na dawkę. Pomimo ustąpienia zmian już po czterech dawkach stale utrzymywał się odczyn dodatni, to samo po dalszych sześciu wstrzykiwaniach. U żadnego z chorych, leczonych bursztynianem rtęciowym, nie nastąpiła zmiana odczynu, natomiast z leczonych sublimatem u jednego zauważono wyraźne zmniejszenie się hamowania hemolizy; ponieważ jednak z powodu silnej biegunki i obrzęku dziąseł musiano leczenie przerwać na czas dłuższy, przypadek ten nie nadawał się do dalszego badania w danym kierunku. Porównując działanie tych różnych sposobów leczenia na zmianę odczynu, można wnosić, że najlepiej w tym kierunku działają wcierania, mniejszy wpływ wywierają wstrzykiwania salicylanu rtęciowego. Co do bursztynianu rtęciowego, to brak działania tego środka na zmianę odczynu można przypisać temu, że środek ten, jako bardzo szybko wydzielany z ustroju, należy do powolniej leczących objawy kiły i dlatego dopiero przy stosowaniu jego przez czas dłuższy, aniżeli u naszych chorych, możnaby w tym kierunku pewniejsze zdanie wyrazić.

Badania Citrona co do chorych, leczonych wcieraniami i wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych, wykazują pewne różnice, gdyż na 24 leczonych wcieraniami, ośmiu okazuje odczyn ujemny, natomiast z jedenastu leczonych wstrzykiwaniami, tylko u trzech wykazano zmianę odczynu; u chorych zaś, którzy przebyli kilkorazowe leczenie, ilość ujemnych odczynów zwiększa się w sposób wybitny.

Co do znaczenia odczynu W. N. B., jako wskaźnika w kierunku leczenia kiły, są dotąd różne zapatrywania. Blaschko, poddając leczeniu chorych z wybitnymi objawami, jak również bez tych objawów, a okazujących tylko odczyn dodatni, uzyskał po leczeniu ilość ujemnych wyników prawie jednakową, co wskazuje, że wpływ leczenia na zmianę odczynu w jednych i drugich okazał się jednakowym. W przypadkach, okazujących objawy, równocześnie z ustępowaniem objawów następowała także i zmiana odczynu. Tylko w niewielu razach były jeszcze wybitne ślady objawów przy równoczesnym braku odczynu dodatniego, częściej natomiast po zniknięciu objawów utrzymywał się odczyn dodatni. Wogóle zaś zachodziła pewna równoległość między znikaniem odczynu, a ustępowaniem objawów; i tak w przypadkach, które opierały się leczeniu, lub w których zmiany ustępowały bardzo powoli, lub też w których w czasie leczenia pojawiały się nawroty, również nie można było uzyskać zmiany odczynu. Trwanie odczynu ujemnego, uzyskanego przez leczenie, zwykle było tylko przemijające; rzadko odczyn pozostawał ujemnym przez czas dłuższy lub też stale. Odczyn dodatni zjawiał się w przypadkach leczonych albo równocześnie z wystąpieniem nawrotu, albo też przed lub po okazaniu się objawów. Autor sądzi, że leczyć należy tak długo, dopóki nie nastąpi zmiana odczynu przy uwzględnianiu stanu chorego i przestrzeganiu ogólnych wskazówek leczenia rtęciowego, przyczem od tych wskazówek czyni zależnem przerwanie leczenia lub dalsze leczenie, zwracając uwagę na unikanie ślepego, a zarazem szkodliwego trzymania się schematu, stosowanego na podstawie odczynu. Przy braku objawów odczyn dodatni, powtarzający się przy kilku badaniach, uważa autor za wskazanie leczenia. Przypuszcza, że w przyszłości oprócz badania klinicznego okaże się konieczność badania surowicy chorych leczonych. Im częściej będzie odczyn dodatnim, im trudniej przez leczenie da się usunąć, tem częściej trzeba

będzie te badania wykonywać. Autor przewiduje zarazem, że ten okres badania będzie dłuższym od dotychczasowego okresu obserwacyi klinicznej. Co się tyczy rokowania, to w pierwszych latach choroby odczynowi ujemnemu nie przypisuje autor żadnego znaczenia, dodatni zaś uważa za rodzaj miary działania zastosowanego leczenia. W późnych latach choroby uważa, że odczyn ujemny, kilkakrotnie stwierdzony, pozwala wyłączyć z wszelkiem prawdopodobieństwem wystąpienie rozległych schorzeń narządów. Badania Türkhauera w klinice Neissera wykazały, że ilość odczynów ujemnych u chorych leczonych zwiększa się odpowiednio do ilości przeprowadzonych leczeń. Za bezcelowe uważa autor forsowanie leczenia dla zmiany odczynu, jeżeli zmiana ta po energicznem i dostatecznem leczeniu już nie nastąpiła i zwraca zarazem uwagę, że pewna ilość rtęci może wchodzić w rachubę już po ukończeniu leczenia i wywierać przez czas dłuższy działanie, które w późniejszym czasie może zmienić odczyn. Według Türkhauera badania surowic, wykonywane w celu ocenienia wpływu leczenia na przebieg choroby, potwierdzają zasady swoistego leczenia, postawione przez Neissera, a wymagające stosowania energicznego leczenia w pierwszych latach choroby, o ile możności jak najwcześniej po ustaleniu rozpoznania, i to bez względu na występowanie objawów lub ich brak.

Doświadczenia Boasa u leczonych dopóty, dopóki zmiana odczynu nie nastąpi, wykazują, że na 76 przypadków, leczonych w ten sposób, nawroty w pierwszym miesiącu po leczeniu zjawiły się tylko u trzech; z sześciu zaś chorych, u których zapomocą leczenia nie można było uzyskać zniknięcia odczynu, pięciu w tym czasie okazywało nawroty zmian kiłowych. Pojawienie się odczynu dodatniego w okresie późniejszym choroby uważa Boas za objaw kiły czynnej, trwanie zaś tego odczynu świadczy o istnieniu ogniska kiłowego w ustroju i o osłabieniu ustroju na jad kiłowy. Badania Fr. Lessera wykazują, że energiczne i odpowiednio długie leczenie w większości przypadków może zmienić odczyn na ujemny. Według Lessera leczenie powinno mieć także na celu stałe usuwanie dodatniego odczynu, gdyż tylko w tym razie można powstrzymać rozwój czynnej kiły, choćby zewnętrznie się nieobjawiającej, jednak pomimo tego zawsze kryjącej w sobie niebezpieczeństwo poważnych następstw. Nie brak jednak zwolenników wprost przeciwnego zapatrywania. Fischer spostrzegał przypadki, w których nie każdy nawrót choroby objawiał się odczynem dodatnim, pomimo, że u tych samych chorych przy poprzednich badaniach wykazano odczyn dodatni. Następnie na przykładach z własnych spostrzeżeń stara się Fischer udowodnić, że nie można bynajmniej wysnuwać wniosków w kierunku rokowania na podstawie próby W. N. B., jak również, że dodatni odczyn próby, pojawiający się przy prawidłowym przebiegu w okresie utajenia choroby, zupełnie nie upoważnia do przeprowadzenia ponownego leczenia lub przedłużania go ponad zwykłą miarę. Roscher i Blumenthal zwracają uwagę na znikanie odczynu dodatnie go w pewnych przypadkach nawet zupełnie bez leczenia. Oprócz tego autorowie ci stwierdzali odczyn dodatni po leczeniu w niektórych przypadkach, poprzednio ujemnie oddziaływających. Wobec tego sprzeciwiają się oznaczaniu długości leczenia, jak również zaniedbywaniu leczenia tylko na podstawie odczynu ujemnego. Odczyn W. N. B. według zdania tych autorów w pierwszych latach po zakażeniu nie może mieć żadnego znaczenia w kierunku rokowania. Według Bruhnsa i Halberstaedtera również próba W. N. B. nie powinna wprowadzać stanowczo zmiany w rokowaniu i leczeniu kiły, rozpoznanie zaś należy opierać na zgadzaniu się obrazu klinicznego z wynikiem próby. Jeszcze więcej ogranicza Kopp znaczenie próby W. N. B., bo tylko do tych przypadków, w których chodzi o rozstrzygnięcie, czy badany chory przebył kiłę wogóle. W innych przypadkach uważa Kopp za daleko pewniejsze kierowanie się co do rozpoznania wynikiem badania drobnowidowego co do krętków, a sądzi, że nawet przy wielkiej wprawie i staranności w wykonywaniu badania łatwo z powodu trudności technicznych popełniać usterki, które dla wyniku próby mają wielkie znaczenie. W odpowiedzi na zarzuty, przez Koppa podniesione, zaznacza Neisser, że w wielu przypadkach, w których dawne sposoby klinicznego spostrzegania nie mogły nic pewnego w kierunku rozpoznania wskazać, próba W. N. B. odrazu daje wyraźne określenie istotnego stanu. Można według Neissera zapomocą tego odczynu już w początku rozpoznać przymiot i to wtedy, gdy jeszcze dla oka badającego nie ma żadnego zupełnie pewnego objawu choroby i kiedy badanie co do krętków daje wynik ujemny. Zapomocą tej próby można ocenić, czy dotychczasowe leczenie, stosowane tylko z powodu objawów i wskazań, wypływających z doświadczenia klinicznego, było wystarczające. Według Neissera jest dodatni odczyn pewnym objawem istniejącej jeszcze choroby i naodwrót brak tegoż odczynu jest dla korzystnego pojmowania danego przypadku niezmiernie ważny.

Z osiemnastu chorych naszych, okazujących wybitne objawy kiły drugorzędnej, a leczonych przetworami rtęciowymi, u siedmiu wystąpiła wyraźna zmiana odczynu. Możnaby do tej liczby dołączyć dwóch chorych, leczonych wcieraniami, okazujących po leczeniu zmniejszenie odczynu dodatniego, a w takim razie liczba ujemnych odczynów, otrzymanych po leczeniu, wynosiłaby połowę leczonych przypadków. Pewne różnice co do długości czasu, potrzebnego dla zmiany odczynu, a zarazem ilości użytego środka, jakie zaznaczały się między wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych, a wcieraniami, nie mogą przeważać na korzyść wcierań, choćby z tego względu, że przy stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych, jak n. p. salicylanu rtęciowego, nie odrazu cała ilość wstrzykniętego środka ulega wessaniu, lecz często pozostaje czas dłuższy w miejscu wstrzyknięcia, między mięśniami. Dlatego też różnice między wcieraniami, a wstrzykiwaniami w kierunku zmiany odczynu mogą się zaznaczać tylko w krótszym okresie czasu, a więc przy pierwszych leczeniach i wobec tego nie mogą świadczyć na korzyść jednego lab drugiego sposobu leczenia.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane na podstawie leczenia, kontrolowanego zmianą odczynu, jakkolwiek przemawiają według Boasa i innych na korzyść takiego leczenia, to jednak nie mogą być rozstrzygające z tego względu, że spostrzeganie tych przypadków dotąd jest za krótkie. Na podstawie naszych badań stwierdziliśmy, że do wyraźnej zmiany odczynu potrzeba w większości przypadków więcej swoistego leczenia, niż tego same objawy choroby do swego

ustąpienia wymagają; wobec tego leczenie takie ma także ujemną stronę, polegającą na przeładowaniu ustroju przetworami rtęci. Statystyka leczonych według wskazówek samego tylko odczynu mogłaby być tylko wtedy przekonywająca, gdyby wykazywała, że u leczonych w ten sposób i okazujących stale odczyn ujemny nie zjawiają się zmiany późniejsze, jak wiąd rdzenia, porażenie postępujące i t. d. Na uzyskanie zaś takiej statystyki potrzeba wielu lat, obecnie zatem może jeszcze za wcześnie, aby normalnym wskaźnikiem leczenia miał być odczyn W. N. B.

Chociaż dzisiaj już ilość wszystkich badanych przypadków zapomocą próby W. N. B. wynosi przynajmniej kilkanaście tysięcy, to pomimo tego otwiera ta próba jeszcze rozległe pole do pracy doświadczalnej, a każde doświadczenie będzie stanowić cegiełkę w tej budowie, która w przyszłości może okazać się równie wielką i pełną znaczenia, jak epokowe odkrycie Schaudinna.

Piśmiennictwo. 1) Baetzner W.: Die Bedeutung der Wassermann'schen Serumreaktion für die Differential-Diagnose der chirurgischen Syphilis (Münch. med. Woch. 1909. S. 330). — 2) Bauer I.: Zur technischen Vervollkomnung des serologischen Luesnachweises (Deutsche med. Woch. 1909. S. 433). — 3) Beckers I. K.: Zur Serodiagnostik der Syphilis (Münch. med. Woch. 1909. S. 551). — 4) Bettencourt Nicol. Sero-diagnostic de la syphilis (Arch. do real. Instit. bacteriol, Camara Pestana II. Tan II. Lisbonne 1908). — 5) Blaschko A.: Ueber die klinische Ververtung der Wassermann'schen Reaktion (Deutsche med. Woch. 1909. S. 583). — 6) Blumenthal Franz i Roscher: Ueber die Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion bei der Syphilis während der ersten der Infektion folgenden Jahre (Med. Klinik 1909. Nr 7. S. 241). — 7) Boas: Die Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion für die Theraphie der Syphilis (Berlin. klin. Woch. Nr 13. 1909). — 8) K. Bruck i E. Gessner: Ueber Serumuntersuchungen bei Lepra (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 13). — 9) Bruhns i Halberstaedter: Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 4). — 10) J. Citron: Ueber die Grundlagen der biologischen Quecksilbertherapie der Syphilis (Med. Klinik 1909 Nr 3, str. 86). — 11) Eisenberg i Nitsch: O odczynie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem (I zjazd intern. polskich 1909). — 12) Engelmann: Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr 3, str. 85). — 13) Fischer W.: Die Bewertung der Wassermann'schen Reaktion für die Frühdiagnose und die Therapie der Syphilis (Med. Klinik 1909. Nr 5, str. 173). — 14) Hecht: Die bisherigen Ergebnisse der Wassermannschen Syphilisreaktion (Prager med. Woch. 1908, str. 737). — 15) Hinrichs W.: Der serologische Luesnachweis mit der Bauerschen Modifikation der Wassermann'schen Reaktion (Med. Klinik 1908. Nr 35) — 16) E. Hoffmann i Blumenthal: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwertbarkeit in der Praxis (Dermatologische Zeitschrift T. XV, str. 23 1908). — 17) F. Höhne: Ueber die Bedeutung der positiven Wassermann'schen Reaktion (T. XVI, str. 273. 1909 Dermatologische Zeitschrift). — 18) Prof. Jaworski i Łapiński: Wyniki rozpoznawcze i lecznicze otrzymane w schorzeniach kiłowych przy kierowaniu się odczynem Wassermann Neisser-Brucka (Przegląd lekarski, str. 454. 1909). — 19). E Klausner: Ergebnisse mit der von mir angegebenen Präcipitationsreaktion bei Syphilis (Prager med. Woch. 1908. Nr 46). — 20) Kopp: Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose der Syphilis für die Praxis (Münch. med. Woch., str. 957 1909). — 21) Kraus i Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitatsforschung 1902. T. 2. — 22) Lesser: Weitere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis (Deutsche med. Woch. 1909, str. 379). — 23) Levaditi, Laroche et Iamanouchi: Le diagnostic précoce de la syphilis par la méthode de Wassermann (Compt. rend. Soc. Biol. T. 64. 1908. Nr 15). — 24) L. Meier: Wann soll sich der Arzt der Wassermann'schen Serumreaktion bedienen (Allg. Med. Central-Zeitung 1909. Nr 9). — 25) Neisser: Ueber die Verwendung des Arsacetins (Ehrlich) bei der Syphilisbehandlung (Deutsche med. Woch. 1908, str. 1500). — 26) Plaut i Henck: Zur Fornet'schen »Präcipitat«-Reaktion bei Lues und Paralyse (Berl. klin. Woch. 1908. Nr 24). — 27) O. Porges i G. Meier: Ueber die Rolle der Lipoide bei der Wassermann'schen Syphilis (Berl. klin. Woch. 1908 Nr 15). — 28) Pürckhauer: Wie wirkt die specifische Therapie auf die Wassermann Neisser-Bruck'sche Reaktion ein? (Münch. med. Woch. Nr 14. 1909). — 29) Rajchman i Szymanowski: Uwagi praktyczne w sprawie odczynu Wassermanna (Przegląd lek. Nr 25. 1909). — 30) Sachs H. i Rondoni P.: Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermann'schen Syphilisreaktion (Zeitschrift f. Immunitätsforschung 1909. T. 1, str. 132). — 31) Schatiloff P. i Isabolinsky M.: Untersuchungen über die Wassermann-Neisser-Bruck'sche Reaktion bei Syphilis (Zeitschr. f. Immunitätsforschung T. I. 1909, str. 316). — 32) Seligmann E.: Zur Kenntnis der Wassermann'schen Reaktion (Zeitschr. f. Immunitätsforschung T. I. 1909, str. 340). — 33) Schürmann: Luesnachweis durch Farbenreaktion (Deutsche med. Woch. 1909 Nr 14). — 34) E. Stern: Über einige Bedenken gegen die Bauer'sche Modifikation der Wassermannschen Reaktion (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 11). — 35) Szymansky, Hirschbruch i Gardiewski: Luesnachweis durch Farbenreaktion (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 19). — 36) O. Thomsen i H. Boas: Die Wassermann'sche Reaktion bei kongenitaler Syphilis (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 14). — 37) Tschernogubow: Eine einfache Methode der Serumdiagnose bei Syphilis (Berl. klin. Woch. 1908. Nr 47). — 38) Wechselmann: Postkonceptionelle Syphilis und Wassermann'sche Reaktion (Deutsche med. Woch. 1909. Nr 15).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Karewski. **O nowszych sposobach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.** (*Zeitschr. f. Tubercul.* XIV. Z. 6). Doszczętne chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc nie znalazło zastosowania, a to rzecz prosta z następujących powodów. Po pierwsze trudno jest na pewno stwierdzić, że dane n. p. ognisko w płucu jest jedynem, a gdyby nawet i to dało się wykazać, to właśnie przypadek nadawałby się raczej do leczenia dyetetyczno-higieniczno-lekowego, jak bądź co bądź do poważnej, a o wątpliwym wyniku operacyi. Także i kwestya operacyjnego otwierania jam nie znalazła zwolenników. Po pierwsze znów tutaj taksamo zaznaczyć trzeba, że jamy rzadko są pojedyncze, a powtóre przypadki takie dotyczą osób już zwykle wynędzniałych. Nie da się też w końcu zaprzeczyć, że nie znamy prócz doszczętnego wycięcia pewnego sposobu leczenia gruźlicy części miękkich. Statystyka też dlatego przedstawia się smutno. Z 36 dotąd operowanych przez nacięcie płuca, zaledwo jeden wyzdrowiał, w 30% nie uzyskano żadnego efektu po operacyi, owszem chorzy wskutek operacyi nabawili się uporczywej przetoki, reszta umarła po operacyi w przeciągu 2 lat, a 14% bezpośrednio wskutek zabiegu. Obecnie też nacinamy jamy gruźlicze w płucach jedynie wtedy, gdy n. p. przy operacyi otoku ropnego opłucnej natrafimy wprost na nie. Wobec tych smutnych wyników nowoczesna chirurgia zwróciła się przy leczeniu gruźlicy płuc w inną stronę, mianowicie nie wprost atakuje ona płuco, ale działa na nie drogą pośrednią, t. j. przez klatkę piersiową. Na mocy badań Freunda staramy się uruchomić szczyty przez wycięcie chrząstki pierwszego żebra. Dotychczasowe wyniki nie mówią nic pewnego. Z zupełnie znów przeciwnego stanowiska wychodzą chirurgiczne zabiegi, leczące gruźlicę przez wywołanie ucisku płuca, a więc unieruchomienia takowego, a przez to pobudzenie chorego organu do bliznowatego kurczenia się. Badania bowiem wykazały, że często n. p. jama poprostu dlatego zagoić się nie może, że przez zrosty jest umocowana do klatki piersiowej i przy bliznowatem kurczeniu się płuca raczej się powiększa, zamiast się zapadać i goić. Gdzie niema zrostów, tam próbować można uciskać płuca przez wprowadzanie gazu do jamy opłucnej. Ponieważ powietrze za prędko ulega wessaniu, przeto wprowadza się zwykle azot. Forlanini zaczyna od 150 cm i stopniowo wprowadza coraz więcej gazu, natomiast inni n. p. Murphy i Brauer odrazu wywołują silny ucisk płuca, wprowadzając 1—3 litrów gazu. Celem uniknięcia zatorów powietrznych odsłaniają sobie Küttner i Brauer do zabiegu opłucnę, robiąc małe cięcie w międzyżebrzu, rozdzielając mięśnie międzyżebrowe na tępo i przebijając opłucnę tępą kaniulą. Czasem po tych wpędzaniach powstają odmy w tkance podskórnej, znikają one jednak po kilku dniach. Celem lepszego jeszcze unieruchomienia płuca ustala potem Niedner klatkę piersiową zapomocą przylepca. Wyjątkowo spostrzegano po wpędzeniu powietrza objawy, które nazwano »rzucawką opłucną« (drgawki, utrata przytomności, niedowłady kończyn górnych, ustanie oddechu i t. p.). Zwykle objawy te są przemijające. Dotąd wykonano zabieg ten prawie w 2000 przypadków i prze-

ważnie zyskiwano dobre wyniki. Ilość prątków w plwocinie się zmniejszała, czasem nawet prątki znikały, podobnie plwocina zmniejszała się, ustępowały krwotoki, ustępowała sinica, chorzy przybierali na wadze i podmiotowo czuli ulgę. Ewentualnie powtarza się wpędzenie w kilka miesięcy do roku lub dwóch. Sekcye wykazały też korzystny wpływ ucisku na proces gojenia się płuca. Tam, gdzie istnieją liczne zrosty, wpędzanie gazu niema racyi bytu, albowiem nie może ono ucisnąć całego płuca. Dla tych przypadków zastosowano też rozległe usuwanie żeber, celem ugniecenia płuca zapomocą ciśnienia atmosferycznego od zewnątrz. Zabieg ten wykonuje się pozaopłucnie. Zabiegu wykonywać nie należy przy gruźlicy innych narządów. Wogóle co do stosowania zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc podać można następujące prawidła: 1) Zabiegi te są wskazane przy sprawie jednostronnej w razie braku powikłań w innych narządach i to wtedy, gdy inne sposoby lecznicze nie prowadzą do celu. 2) Operacya Freunda jest wskazana przy poważnych, ale ograniczonych zmianach szczytowych tam, gdzie wykazać się daje zwężenie lub sztywność szczytowego pierścienia kostnego. 3) Ugniecenie płuca nadaje się do wykonania w razie rozległych zmian jednostronnych, mających dążność do zaciągania się. 4) W razie braku zrostów i względnej zdrowości opłucnej stosować należy zabieg mniej niebezpieczny, t. j. wpędzenie gazu, zaś w razie rozległych zrostów, lub tam, gdzie wpędzanie gazu pozostało bez wpływu, próbować można pozaopłucnego odkostnienia chorej połowy klatki piersiowej. *Klęsk.*

Cameron. **Kliniczne spostrzeżenia nad rakiem sutka.** (*Brit. Med. Journ.* 6. III. 1909). W pracy swej przytacza C. bardzo ciekawe przypadki nawrotów operowanego raka sutka, dowodzące, jak cierpienie to jest nieobliczalne i różne. U jednej n. p. chorej wystąpił miejscowy nawrót dopiero w 27 lat po odjęciu sutka. Nawrót ten zoperowano i chora czuła się dobrze $5^1/_2$ lat, poczem zmarła na zapalenie płuc. W drugim przypadku w $11^1/_2$ lat po operacyi sutka wystąpił rak, lecz o innej budowie anatomicznej w kiszce odchodowej. W trzecim przypadku w $10^1/_2$ lat po odjęciu prawej piersi z powodu raka, wystąpił rak w piersi lewej, skutecznie zoperowany. W czwartym wreszcie przypadku, w 9 lat po odjęciu sutka, chora złamała bez widocznej przyczyny udo, a badanie wykazało tamże przerzut nowotworowy, na który wreszcie chora zakończyła życie. Dodać tu należy, że w podanych przypadkach odjęto tylko pierś bez wypaproszenia pachy. Skuteczność operacyi nie zależy zatem tyle od samego zabiegu, ile od natury i złośliwości samego guza. Są n. p. guzy, które miejscowo, t. j. w sutku są zaledwo wyczuwalne, a dają już duże i rozległe przerzuty. Dlatego też wielkość pierwotnego ogniska nie jest wcale decydującą i nie dowodzi n. p. gdy guz jest mały, że rak istnieje dopiero od niedawna. W niektórych przypadkach operacya niedoszczętna leczy, w drugich nawet bardzo rozległa i wczesna wprost szkodzi. W razie zajęcia rakowatego gruczołów pachowych mimo braku wykazalnego guza w sutku, należy sutek usunąć (?). Obecnie jest też naszym obowiązkiem zabierać przy operacyi i oba mięśnie piersiowe. W przypadkach zajęcia gruczołów nadobojczykowych lepiej już nie operować. *A.*

Müller. **Leczenie pełzaniem przy leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (*Med. Klinik*, 1909 Nr 31). Wprawdzie pełzanie uważa M. za bardzo dogodny i energiczny środek leczniczy, to jednak nie może się zgodzić na to, by pełzanie samo wystarczało do wyleczenia kręgosłupa, jak to twierdzi Klapp w Nrze 25 »Med. Klinik«. Klapp twierdzi tam między innemi, że gorset jest już obecnie wobec leczenia pełzaniem zupełnie niepotrzebny. M. wątpi, czy pełzaniem samem wyleczyć można skrzywienia drugiego, a zwłaszcza trzeciego stopnia. Ma w leczeniu nawet chorych od Klappa, którzy pełzali już kilka lat! Sam Klapp w podanej pracy twierdzi, że należy uważać na nieodpowiednie »trzymanie się« dzieci w szkole i w domu. To »uważanie« nie należy chyba rozumieć w znaczeniu słowa, bo przestrzeganie niewiele tu pomaga, a n. p. w nocy dziecko trzymać się może we śnie także krzywo. Jedynie gorset spełniać tu może to zadanie. Zarzucają gorsetom, że szkodzą one rozwojowi organizmu. To niesłuszne. Zapewne gorset, kupiony w sklepie, może nieraz prędzej zaszkodzić, jak pomódz. W czasie snu nieocenione usługi oddaje łóżeczko reklinacyjne Lorenza. Nadto przy leczeniu skrzywień kręgosłupa nie obejdziemy się i nadal bez gimnastyki i miesienia, gdyż n. p. gimnastyka prócz miejscowego działania ma też zadanie poprawiania stanu ogólnego. Pełzaniem leczyć też możemy skrzywienia kręgosłupa, ale jedynie obok innych sposobów leczenia. *Klęsk.*

Braun. **O nadawaniu się do operacyi (Operabilität) raków żołądka.** (*Deut. med. Wochs.* 1909, Nr 30). Zdanie B. da się skreślić następująco: Do operacyi nadają się zwykle raki wyczuwalne przez powłoki, t. j. w tem znaczeniu, że naodwrót raki stwierdzone na pewno klinicznie, lecz przez powłoki niewyczuwalne, są już zwykle nieoperacyjne. Raki odźwiernika zwykle o tyle nadają się do operacyi, że wczas dają wyraźne objawy, natomiast w innych przypadkach odczekuje się nieraz dopiero wystąpienia charłactwa lub nagłego chudnięcia. Podobnie brak kwasu solnego, a obecność mlecznego należy często już do późnych objawów raka. Boas wyraził zdanie, że rak żołądka daje tem lepsze szanse do wyzdrowienia po operacyi, im dłużej istniał, a pozostał jeszcze operacyjnym. Klinika zdanie to w zupełności potwierdza. (W wielu klinikach panuje znów odrębne zapatrywanie, bo raki wyczuwalne łatwo uważa się już zwykle za nie nadające się do operacyi. *Przyp. ref.*). *K.*

Zembrzuski. **O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci.** (*Przegl. chirurg. i ginekol.* T. I, Z. 1). Na mocy swego doświadczenia (30 operacyi przepuklin u dzieci) dochodzi Z. do następujących wniosków: 1) O ile wprawdzie wyleczenie paskiem przepuklinowym przepukliny u dzieci nie jest wykluczone, to jednak ze względu na liczne niedogodności lepiej i pewniej jest polecać operacyę, gdyż ta wcale niebezpieczna nie jest, a daje szybkie i pewne wyleczenie. 2) Do operacyi nadają się i najmłodsze dzieci. 3) Operować należy sposobami jak najprostszymi, a więc n. p. po przecięciu powłok, oddzielenie worka przepuklinowego od powrózka nasiennego u pierścienia zewnętrznego, odprowadzenie zawartości, założenie podwiązki na worek, pozostawienie tegoż na miejscu lub przecięcie poniżej podwiązki (Drobnik), w końcu 1—2 szwów na odnogi (*crura*), zeszycie skóry, opatrunek kollodyonowy. 4) Do najtrudniejszych aktów należy odłączenie cienkiego worka od powrózka. Anschütz i Jaboulay radzą naciąć ścianę worka i powyżej zapomocą krzywej igły założyć od wewnątrz szew kapciuchowy, unikając schwytania naczyń sznurka lub nasieniowodu. 5) U dzieci postępowanie podług Sławińskiego (oddzielenie nasieniowodu, a przewiązanie naczyń powrózka wraz z workiem) jest ze względu na odżywienie jądra ryzykownem, w przeciwieństwie do starszych. 6) Po trudnem oddzieleniu worka występuje często u dzieci przemijający obrzęk moszny. 7) Podniesienia ciepłoty po operacyi i bez powikłań występują bardzo często. 8) Szwy wewnętrzne najlepiej zakładać z katgutu jodowego, a nie z jedwabiu. *Klęsk.*

Doc. Meisel. **Przyczynek do wiadomości o lewostronnym ropniu podprzeponowym.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 28). Ropnie podprzeponowe początek swój biorą prawie z reguły z jamy brzusznej, rzadziej z piersiowej. Głównym punktem wyjścia bywa wyrostek robaczkowy. Droga powstawania ropni podprzeponowych przy zapaleniu wyrostka jest łatwo zrozumiała, gdy chodzi o ropnie powstałe na tle rozległego zapalenia otrzewnej. Tu zakażenie sięga aż do przepony i ropień powstaje przez odgraniczenie się sprawy. Ale bardzo często tego bezpośredniego połączenia przez otrzewnę niema. Maydl twierdzi, że ropnie podprzeponowe powstają wtedy drogą krwi lub limfy, dalej drogą tkanki zaotrzewnej, idąc naipierw ku nerce prawej, a stąd przekraczając linię środkową i dostając się pod przeponę. Doświadczenie kliniczne, jakoteż doświadczenia na zwierzętach przekonały Meisla, że opisywana przez Mikulicza postać rozległego stopniowo postępującego zapalenia otrzewnej jest niezmiernie rzadka. Zwykle albo rozwija się postać ograniczona, albo też sprawa wybucha w otrzewnej nagle na całej przestrzeni. Meisel nabrał przekonania, że powstawanie ropni drogą zaotrzewną jest bardzo rzadkie; powstają one prawie z reguły śródotrzewnie, lecz potem ulegają przez zrosty wyodrębnieniu, sprawiając wrażenie ropni zaotrzewnych. Ropowica zaotrzewna prawdziwa ma skłonność do bardzo szybkiego rozlewania się, a nie do tworzenia ograniczonych ropni. Ropnie więc podprzeponowe podług Meisla powstają jedynie śródotrzewnie na tle zapalenia otrzewnej. Mogą one pozostać ukryte i dopiero w pewien czas, nieraz w 1—2 lata dać pierwsze objawy, tak że wtedy związek przyczynowy z dawno przebytem zapaleniem pozornie staje się wątpliwym. *K.*

Boas. **Nowy bezkrwawy sposób leczenia krwawnic.** (*Arch. f. Verdauungskr.* XV. 2). Boasa »nowy sposób« chirurgowi wydać się musi co najmniej dziwnym. Wychodzi przy nim B. z założenia, że często krwawnice leczą się same. Przy uwięźnięciu krwawnic dotąd staraliśmy się je jak najprędzej czy to zoperować, czy odprowadzić i uwolnić z zaciśnięcia. B. zaś dąży do czegoś wprost przeciwnego, t. j. stara się to zaciśnięcie zużytkować dla leczenia, poleca więc chorym jeszcze przed sil-

nie, a nawet wyciąga dalej guzki krwawnicze zapomocą ssawek. Przez 3—4 dni zwiększa się stale obrzęk, ale potem, jak twierdzi B., krwawnice maleją wybitnie, tworząc już po 14 dniach lekko owrzodziałe (?) guzki, wielkości soczewicy. Objawy podmiotowe nie są przytem, jak twierdzi B., zbyt przykre. (Wprawdzie nie przeczymy, że często uwięźnięcie krwawnic ustępuje samo, a nawet poprzednie przypady znikają, jednak nie wolno zapominać o tem, że takie uwięźnięcia nieraz pociągnąć mogą za sobą groźne zakrzepy i zapalenie żył i tkanki okołokiszkowej, a nawet ropnicę. *Przyp. sprawozd.*). *A.*

Mac Lean. **O ropniu wątroby.** (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 27). Ropnie wątroby występują często na tle czerwonki, i to głównie czerwonki, wywołanej przez pełzaki (ameby). Występują one pojedynczo lub mnogo i bywają różnej wielkości. Klinicznie stwierdza się szaro-ziemistą barwę twarzy, zapadnięte oczy, perłowy blask spojówek i bole wątroby, rozpromieniające się do ramienia. Przy uciskaniu łuków żebrowych chory odczuwa ból często w miejscu ropnia. Przy oddychaniu szanuje odpowiednią stronę i leży więcej na boku zdrowym. Zwykle występują ropnie w prawym płacie wątroby. Ropa bywa szaro-żółta, bardzo gęsta, nie cuchnąca i często jałowa. Rokowanie przy ropniu wątroby nie jest tak złe, jak zwykle podają. Ropnie ulegają nieraz samoistnie otorbieniu, wessaniu, lub przebijają do jelit lub na zewnątrz. Wielką rolę odgrywa tu siedziba ropnia. Najpomyślniejszem jest usadowienie się ropnia powierzchowne w prawym płacie od przodu, poniżej 6. żebra. Przed operacyą przystąpić należy zawsze do przekłucia próbnego. Igieł używać należy niezbyt cienkich (2 mm kalibru), i 12 cm długich. Nakłuć wykonać można i kilkanaście bez obawy złych skutków. Samo nakłucie nie może wyleczyć sprawy, jak to niektórzy twierdzą, bo ropa bywa bardzo gęsta i przez igłę odchodzi tylko częściowo. Przy ropniach powierzchownie od przodu leżących wystarcza zwykłe nacięcie. Nieraz jednak trzeba docierać do ropnia zapomocą wycięcia żeber, lub przez opłucnę. Nawet i po ciężkich operacyach otrzymywał M. L. wcale dobre wyniki. Przypadki ropni wątroby wobec żywego obecnie ruchu kolonialnego spostrzega się obecnie w Europie coraz częściej. *K.*

Janssen. **Spożytkowanie naturalnych sił ochronnych jamy brzusznej w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego i rozległego zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 25—26). Wyniki naszego operacyjnego leczenia rozległego zapalenia otrzewnej są obecnie znacznie lepsze, a to dzięki temu, że umiemy zużytkować naturalne siły ochronne jamy brzusznej, do których należą zdolność tworzenia zrostów i wielka zdolność wydzielnicza. Typem postępowania tutaj jest leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. W klinice düsseldorfskiej Witzla operuje się wogóle wcześnie, ale z drugiej strony, gdzie można, odkłada się zabieg do operacyi na zimno, lub odgraniczenia się sprawy ropnej w imię zasady wypowiedzianej w tytule. Wskazówką postępowania powinno być wyglądanie chorego i stan tętna. Ciepłota, liczba ciałek białych i napięcie powłok nie pozwalają odróżniać sprawy miejscowej od ogólnej. Co do postępowania operacyjnego, to w klinice Witzla postępuje się w ten sposób, że przy sprawie wychodzącej z przedziurawionego wyrostka otwiera się szerokiem cięciem, równolegle i na zewnątrz od naczyń podbrzusznych, jamę brzuszną bez względu na to, czy ona jest zakażona, czy nie, i w około ogniska tamponuje się jamę brzuszną na wszystkie strony ciepło-wilgotnymi kompresami, poczem ognisko znajduje się niejako zewnątrzotrzewnie. Przy ogólnem zapaleniu otrzewnej postępują operatorzy bardzo rozmaicie. Jedni tamponują, inni sączkują, jeszcze inni zaszywają powłoki, jedni operują sucho, drudzy płuczą jamę brzuszną i t. p. W klinice Witzla unika się toalety suchej, albowiem wycieranie na sucho niszczy bardzo błonę surowiczą. Rozległe płukania roztworem soli kuchennej nie są też odpowiednie, albowiem mogą rozszerzać zakażenie. Wobec tego radzi J. postępować pośrednio, to jest usuwać wydzielinę zapomocą ciepłych mokrych kompresów i wacików. Po operacyi niektórzy chirurdzy zaszywają powłoki częściowo lub nawet prawie zupełnie, a to w nadziei, że zeszyte powłoki brzuszne działać będą jako naturalna tłocznia, co korzystnie wpływa na ruch jelit i wydalanie wydzieliny ropnej na zewnątrz. J. uważa to zapatrywanie za zupełnie mylne, bo w pierwszych dniach po operacyi czynność powłok brzusznych zeszytych i bolesnych, równa się zeru. Jedynie szeroka tamponada, a raczej sączkowanie jest właściwe. Witzel zaniechał już dawno tamponady podług Mikulicza, albowiem przekonał się, że wywołuje ona nieraz poprostu zastój treści, przeszkadza ruchowi jelit i usposabia do licznych zrostów. Zamiast niej używa W. szklanych sączków z oczkami bocznemi, zakończonych kulką. Takich sączków otoczonych gazą wprowadza się kilka; zajmują one niewiele miejsca, wybornie wyciągają wydzielinę, dają się każdej chwili i bez bolu zmieniać lub usuwać; nadto nie trzeba zmieniać tak rychło i często opatrunków, jak przy tamponadzie gazą. Sama operacya nie jest jednak wszystkiem, a leczenie następowe odgrywa tu niemniejszą rolę. Leczenie to w pierwszym rzędzie dotyczy podtrzymywania czynności serca. Makowiec należy zupełnie odrzucić, a dbać o wypróżnienia (zakładanie rurki do odbytnicy). Znakomicie działa ciepło, stosowane na całe ciało, albo także miejscowo (płaszcze elektryczne). Czynność wydzielniczą jamy brzusznej podnosić należy przez częste wlewania podskórne roztworu soli kuchennej (w 24 godzin 3—4 litrów), trwające do tygodnia. Przy zapaleniu otrzewnej, wychodzącem z wyrostka, układać należy chorych po operacyi więcej na boku prawym. W ten sposób postępuje się w klinice Witzla i wyniki są wcale dobre. Pracę swą kończy Janssen słowami: »Racyonalne i pełne odpowiedzialności leczenie rozległego ropnego zapalenia otrzewnej rozpoczyna się właściwie dopiero wtedy, gdy chory po zabiegu operacyjnym znajdzie się znowu w łóżku«. *K.*

Gutzeit. **Znaczenie krwotoku śródotrzewnego przy drążących zranieniach jelit.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 26). O ile krwawienie śródotrzewne jest nieraz bardzo groźne, o tyle z drugiej strony może ono też być niekiedy dla chorego zbawienne, jak o tem przekonał się G. w jednym przypadku, dotyczącym 10-letniego chłopca, u którego zatyczka ślepego naboju dostała się przy wybuchu przez ranę ponad lewem więzadłem pachwinowem do jamy brzusznej. Przy operacyi, dokonanej dopiero w 3 dni po wypadku z powodu zapalenia otrzewnej, znalazł G. 3 przedziurawienie jelita cienkiego z wypływem kału i przerwanie naczynia krezkowego blizko przyczepu jelitowego krezki. Na szczęście skrzepy krwi utworzyły naokoło miejsca zranionego wał, który odgraniczył je od reszty otrzewnej. Po zaszyciu jelit i podwiązaniu naczynia powolne zdrowienie, powikłane prawostronnym ropniakiem opłucnej. Krwotok w tym przypadku powstrzymał rozwinięcie się rozległego zapalenia otrzewnej. Zwykle rzecz ma się odwrotnie, t. j. treść jelita dostaje się szybko do jamy otrzewnej, a wzdęcie jelit i napięcie powłok wstrzymują krwawienie. Rozległy krwotok może oczywiście przyprawić chorego o utratę życia. *K.*

Capelle. **Trwałe wyniki po operacyi przepukliny nadbrzusznej.** (*Beitr. z. klin. Chirurgie* T. 63, II). Przepuklina nadbrzuszna jest stosunkowo dość częsta (1% ogólnej liczby), lecz pamiętać należy, że także dość często towarzyszy ona innym cierpieniom żołądka, zwłaszcza wrzodowi i rakowi, i dlatego trwałe wyniki nie przedstawiają się idealnie. Tak na 48 zebranych przypadków zbadano następowo 36, i z tego zaledwo w 9 można było mówić o idealnem zgojeniu. Wprawdzie tylko u 6 chorych nastąpił nawrót (4 zmarli w 2 lata po operacyi), ale u pozostałych mimo miejscowo dobrego stanu blizny, przypadłości utrzymywały się nadal, a pochodzi to stąd, że jak wspomniano, przepuklina towarzyszy zwykle cierpieniom żołądka i główne przypadłości pochodzą od nich. Na mocy tego doświadczenia C. jest zdania, że jakkolwiek często operacya przepukliny nadbrzusznej jest łatwa i można się obejść bez otwarcia otrzewnej, to jednak w razie podejrzenia o cierpienie żołądka lepiej zawsze otworzyć otrzewnę i zbadać żołądek, a ewentualnie dołączyć zabieg na żołądku. Nieuwzględnianie stanu żołądka sprawia, że jakkolwiek operacya ta z pozoru jest niewielka, to jednak, jak statystyka wykazuje, nie daje wcale korzystnych trwałych wyników, a nawet często pociąga za sobą śmierć. Tak n. p. Hirnberg przekonał się, że na 22 operowanych w przeciągu krótkiego czasu zmarło 7, t. j. $^1/_3$ część. *K.*

Foerster i Küttner. **O operacyjnem leczeniu napadów żołądkowych przez wycięcie 7—10. tylnych korzeni grzbietowych.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 63, II). Napady żołądkowe we wiądzie rdzenia należą do cierpień bardzo dla chorych przykrych, a objawiają się bolami i przeczulicą żołądka, paleniem, czkawką, wstrętem do jadła, przeczulicą skóry brzucha i t. p. Chorzy wskutek wynędznienia i utraty soków podupadają prędko na siłach i wtedy jedynie silnemi dawkami morfiny można sprawić ulgę, co znów niekorzystnie wpływa na zdrowie. W jednym uporczywym przypadku K. spróbował wycięcia tylnych grzbietowych korzeni. Postanowił postąpić dwuczasowo, otworzyć kanał rdzeniowy, a na następnem posiedzeniu wyciąć korzenie. Przypadłości po laminektomii pogorszyły się jednak tak bardzo, że w 11 dni już ze wskazania życiowego otworzył K. oponę twardą i z korzeni tylnych od 7—10 wyciął po kilka centyme-

trów, poczem oponę i resztę rany zaszył na głucho. Wynik operacyi był nadzwyczajny. Wszelkie przypadłości ustąpiły, chory odzyskał apetyt, a obecnie w 3 miesiące po operacyi stan jest zupełnie zadowalniający. *K.*

Prof. Stubenrauch. **O tworzeniu się torbieli w odsznurowanych resztkach wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Bardzo często wskutek zgorzeli wyrostka robaczkowego pewne części tegoż ulegają samoistnemu odsznurowaniu i z biegiem czasu tworzą potem torbiele. Podobne przypadki znane są już w literaturze, podał je n. p. Sonnenburg. S. dodaje 3 nowe. Taka odsznurowana część wyrostka robaczkowego może leżeć potem nawet dość daleko od kiszki ślepej i często przeocza się ją przy operacyi lub też bierze za coś innego, n. p. gruczoł chłonny. Tak też sądził o takim kawałku S., wyjął jednak rzekomy gruczoł, a badanie drobnowidowe wykazało, że ma się do czynienia z resztką wyrostka robaczkowego. Zdarza się też często, że wyrostek z natury był bardzo długi. Część obwodowa uległa odsznurowaniu, poczem nastąpiło zagojenie się dośrodkowego końca. Przy operacyi znajduje się wyrostek normalnej długości (blizna bywa zwykle tak nieznaczna, że łatwo ją przeoczyć można), wyjmuje się wyrostek i ani przypuszcza, że pozostała gdzieś jeszcze resztka wyrostka. A właśnie resztki takie stają się często powodem nowych napadów już »bez wyrostka«. Często się też zdarza, że przy operacyi ku zdumieniu nie znajduje się wcale wyrostka. Wydarzyło się to Klemmowi 3 razy, lecz za każdym razem po pilnem szukaniu wynalazł on te odsznurowane resztki, umieszczone w zrostach, i to dość daleko od kiszki ślepej. Zwykle ściany takiej torbieli są jeszcze wcale dobrze zachowane, nawet i błona śluzowa, przyczem ściany wykazują wybitne zgrubienie. Torbiele te mają jedną wspólną cechę, a jest nią prawie zawsze stała wielkość, dochodząca do rozmiarów dużego orzecha laskowego, czem też różnią się od wodniaków wyrostka, które z reguły są znacznie większe i mają ściany stosunkowo cienkie. W wodniakach treść bywa zwykle śluzową lub kolloidalną, a w torbielach mętną, a często zawiera złogi. Słusznie też radzi Klemm, by przy każdej operacyi wyrostka szukać dokładnie tych odsznurowanych cząstek, zwłaszcza jeżeli znajdujemy bardzo krótki wyrostek, lub nie spotykamy go wcale. Postępując w ten sposób, wynajdziemy nieraz torbiele i unikniemy bardzo niemiłych następstw, bo ponownych napadów po rzekomo doszczętnem wyjęciu wyrostka. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 20. października 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 44.

1) Prof. Rosner przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem podotrzewnem** i omawia istotę tej operacyi, jakoteż jej wartość. Zaletą tej operacyi jest usunięcie niebezpieczeństwa zapaleń otrzewnej. Przyszłość tej operacyi zależy od przebiegu następnych porodów u operowanych. Jeśli w przecinanym dolnym odcinku macicy pojawiać się będą pęknięcia, operacya ta będzie musiała być zarzucona.

2) Prof. Majewski wygłosił wykład: **Ciąża a oko.** W dyskusyi wyjaśnia Prof. Dobrowolski, że co do działania wyrośli kostnych (*osteophytes*) na tarczę zastoinową i sposobu powstawania miesiączki zastępczej, nauka jeszcze żadnej odpowiedzi nie dała. Co do *retinitis praealbuminurica* byłoby bardzo ważnem, by badania przeprowadzono na bardzo wielkim materyale, gdyż potem mogliby położnicy oryentować się co do dalszego przebiegu ciąży. Wskazania do wzniecania poronień w przypadkach zmian w oku powinni określać okuliści, gdyż położnicy w tych razach zawsze są tylko wykonawcami.

Sekretarz: *Morawski.*

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie (29/IX—4/X 1909).

Sekcya chirurgiczna.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Vilmos Manninger (Peszt): **Asepsis i amykosis.** Ideał aseptyki, t. j. uchronienie rany od drobnoustrojów, natrafia na wielkie trudności, a to z trzech powodów: 1) zakażenie przez dotknięcie, 2) przez przeszczepienia, 3) zakażenie z powietrza. Wielu wybitnych chirurgów nie ufa odkażaniu opatrunków parą i do operacyi gotuje je, dodając nawet do wody trochę środka odkażającego. Również żadna z metod odkażania skóry chorego i rąk lekarza nie daje bezwzględnej rękojmi jałowości, a co najwyżej osiąga się zmniejszenie liczby drobnoustrojów o 80—90% i z tego też powodu chirurg przedewszystkiem uważać powinien, by rąk swych nie zakażał, w przeciwnym razie używać powinien rękawiczek. Drogą przeszczepienia przenosi się zakażenie głównie przez materyał do szycia i podwiązywania, dlatego też nigdy nie można postępować tutaj za czysto. Podwiązki zakładać się powinno w rękawiczkach, a w ranach zakażonych używać do szwów i podwiązek materyału resorbującego się. Zakażenia z powietrza da się uniknąć przez używanie odpowiednich czapek, masek i t. p. i gdy w sali operacyjnej jest spokój i niema dużo osób. Wogóle płonną jest nadzieja, by uzyskać zupełną amykozę wśród operacyi.—W dyskusyi omawiano wartość różnych sposobów wyjaławiania. Grossich (Fiume) goli tylko skórę chorego i to na sucho, a potem nie myjąc, smaruje nalewką jodową, albowiem woda i mydło osłabiają działanie odkażające. Lucas-Championnière (Paryż) broni starych metod odkażania. Andrews (Chicago) pokazuje klamerki do szwów skórnych i jelitowych. Kuhn (Kassel) objaśnia sposób fabrykacyi swego jałowego katgutu i t. p.

2) Następnie omawiano **sprawę znieczulenia lędźwiowego,** przyczem nie podano żadnych nowych szczegółów.

3) Kümmell (Hamburg): **O wczesnem wstawaniu po laparotomiach.** K. zachwala wczesne wstawanie, albowiem zmniejsza ono liczbę powikłań pooperacyjnych, a zwłaszcza zatorów i zakrzepów, a tworzeniu się blizny nie szkodzi, przeciwnie, wpływa na nią dodatnio.

4) Sondern (Nowy-York): **Nowoczesne badania krwi** i Turan (Peszt): **Serologiczna dyagnostyka cierpień chirurgicznych.** S. zwraca uwagę na wielkie znaczenie badania ilości i jakości ciałek białych, T. zaś na wyniki osiągnięte przez serodyagnostykę, zwłaszcza co do gruźlicy i kiły.

5) Fay-Kiss (Peszt) i Minervini (Neapol): **Regeneracya naczyń krwionośnych i skóry.** Omówienie wyników osiągniętych przez przeszczepianie naczyń i tworzenie się nowych naczyń w tkance ziarninowej.

6) Doyen (Paryż): **Nowy sposób postępowania przy tętniakach — niezupełne podwiązanie tętnic.** Przy tętniakach trudno dostępnych (tętnicy podobojczykowej, aorty brzusznej) zakłada D. powyżej worka tętniaka podwiązkę, zaciskając ją aż do granicy, w której jeszcze tętno wyczuć można. Na kończynach prócz tego wycina D. z worka tętniaka część ściany i zakłada szew podłużny, przywracając prawidłowy kaliber tętnicy.

Garrè (Bonn) zwraca uwagę, że sposób powyższy podał już swego czasu Mattas z Nowego-Yorku. Mc Ewen (Glasgow) wprowadza do tętniaka igłę elektrolityczną. Soresse (Nowy-York) pokazuje przyrządzik do automatycznego łączenia tętnic. Zkevos-Zervos (Smyrna) pokazuje zwierzęta, u których dokonał ze skutkiem przeszczepienia narządów, jak jądra, gałki ocznej i t. p.

7) Przy dyskusyi nad wynikami **leczenia radem i promieniami Röntgena** większe zainteresowanie wzbudził odczyt Delbeta (Paryż). D. wprowadza 3—5 grm. bromku radu w szklanej fiolce zapomocą trójgrańca głęboko do tkanki nowotworowej i pozostawia je tam do 4 dni. Wyniki zadowalniające. Na przekrojach spostrzegać można wybitne działanie wokoło fiolki.

8) Dyskusya **nad rakiem** była mało ożywiona, albowiem odpadły główne odczyty na ten temat Depagea i Monprofita z powodu nieobecności referentów. Meyer (Berlin): **Współdziałanie całego świata lekarskiego w zadaniach badania raka.** M. zachęca lekarzy do prowadzenia dokładnych statystyk raka. De Keating-Hart (Marsylia): **Leczenie raków fulguracyą.** K. H. donosi o 247 przypadkach raka, leczonych fulguracyą. Wogóle wyniki ma bardzo dobre i twierdzi, że ci, którzy otrzymują złe wyniki, popełniać muszą błędy przy leczeniu fulguracyą. Nawet w przypadkach ciężkich, już nie nadających się do operacyi, otrzymał K.-H. w 658 dobre wyniki lecznicze, trwające już przeszło 3½ lat. O ile możności starać się należy o chirurgiczne usunięcie tkanki chorej.

9) Nastąpiła dyskusya na temat **złamań kości i ich leczenia,** przyczem pokazywano różne do tego celu podane szyny i przyrządy.

10) Następnym tematem było: **Leczenie gruźlicy chirurgicznej.**

Klapp (Berlin) mówił: **O zachowawczem leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** Przedewszystkiem dbać należy przy leczeniu chirurgicznej gruźlicy o podniesienie odżywienia całego ustroju (leczenie klimatyczne, środki odżywcze, kąpiele słoneczne i t. p.). Miejscowo leczymy gruźlicę zachowawczo: ustaleniem, usunięciem obciążenia stawu, jodoformem i zastoiną. Szablonowo postępować tu nie można, choć z drugiej strony przestrzegać należy pewnych reguł. Tak np. nie należy łączyć leczenia zastoiną z wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowej. Ustalenie i usunięcie obciążenia stawów stosuje się głównie przy zajęciu biodra, przy gruźlicy zaś kolana i stopy stosujemy przyrządy usuwające obciążenie, dające się zdejmować, a to celem stosowania zastoiny codzień przez 1—3 godzin, przyczem nieźle działa przed założeniem opaski zastosowanie gorącego powietrza. W ostatnich czasach stosuje K. za radą Lannelonguea codziennie wstrzykiwania 1—2 cm. 60% rozczynu alkoholowego chlorku cynku w otoczenie stawu, celem wywołania odczynu. Najlepsze wyniki osiąga się zwykle przy leczeniu gruźlicy ręki, potem łokcia i stopy. Natomiast gruźlica kolana jest w leczeniu oporniejsza. Przy zakażeniu mieszanem nieraz trudno obejść się bez operacyi. Taksamo operować należy przy sprawach pozastawowych. Często operujemy, jak się wyraża Garrè, ze wskazania socyalnego, np. gdy chodzi o to, by robotnika szybko uczynić zdolnym do pracy. Próby leczenia gruźlicy zaczynem ciałek białych i trypsyną zdają się dobrze rokować. Przy gruźlicy części miękkich nieraz dobre usługi oddają wstrzykiwania 60% alkoholu w okoliczną tkankę.

Lange (Monachium) **Ortopedyczne leczenie gruźlicy kości i stawów.** L. zachęca bardzo do zachowawczego leczenia gruźlicy, gdyż i w ten sposób osiągnąć można wyleczenie niemal w 95%. Leczenie zachowawcze ma na celu 1) zwalczanie ogólne gruźlicy, 2) leczenie miejscowe, 3) zapobieganie tworzeniu się zniekształceń.

Ludloff (Wrocław) **Kiedy i pod jakimi warunkami należy leczyć gruźlicę stawów operacyjnie, a kiedy zachowawczo?** Ogólne poglądy streścić można w ten sposób: 1) W stawie kolanowym zwykle u chorych powyżej lat 7 należy leczyć gruźlicę operacyjnie, t. j. wycięciem stawu. 2) Gruźlica stopy, zwłaszcza u starszych, wymaga prawie zawsze operacyi. 3) Przy gruźlicy biodra w połowie przypadków osiąga się dobre wyniki leczeniem zachowawczem. Operować należy zawsze sprawy ropne. Operacya biodra nie daje tu bezwzględnej pewności wyleczenia, jak wogóle przy gruźlicy, a jest dla chorego bardzo ciężką. Odnosi się to również do gruźlicy kręgosłupa. Przy gruźlicy rąk i łokcia postępować należy o ile można zachowawczo.

11) Gluck (Berlin) **Przedstawienia chorych po wycięciu krtani i gardła z protezami do mówienia.**

12) Spitzy (Graz) **Leczenie porażeń zapomocą plastyki nerwów.** Plastyka nerwów oddaje bardzo cenne usługi, należy jednak operować o ile możności jak najrychlej, nim wystąpią zwyrodnienia i zaniki porażonych mięśni.

13) Ceccherelli (Parma). **Doświadczenia przy nowotworach śródpiersia.** Guzy w śródpiersiu przedniem są dostępne dla noża chirurga. Doszczętnie usuwać można nowotwory łagodne, wychodzące z kości i torbiele skórzaste; nowotwory złośliwe trudniej już usunąć doszczętnie. W śródpiersiu tylnem nowotwory dostępne są dla operacyi, o ile usadowione są w przełyku. Przełyk wyciąć można i zeszyć na rozległości 3 ctm; gdy zajęta przestrzeń jest większa, trzeba wszczepiać końce przełyku w ścianę klatki piersiowej albo zakładać przetokę żołądkową. Najlepszy dostęp do tylnego śródpiersia jest od strony prawej.

14) Tavel (Berno) **O przepuklinach.** Omówienie wskazań i metod operacyjnych różnych przepuklin.

W dyskusyi oświadczono się między innemi przeciw leczeniu paskami przepuklin u dzieci, gdyż wyleczenia są tu tylko pozorne.

15) Gerster (Nowy-York) **Leczenie ogólnego zapalenia otrzewnej.** G. opiera się na własnych 609 przypadkach, z czego 461 dotyczyło zapalenia otrzewnej, wyszłego z wyrostka robaczkowego. G. postępuje w następujący sposób: wypłukuje żołądek, wstrzykuje śródżylnie rozczyn soli kuchennej i podskórnie jeszcze przed operacyą eter, alkohol lub kamforę. Uśpienie eterowe kroplami. Operowanie jak najkrótsze i najprostsze. G. nie przepłukuje otrzewnej, lecz ewentualnie sączkuje zapomocą grubego sączka gumowego, wypełnionego gazą. Rozległa tamponada gazą wywołuje bardzo często następową niedrożność jelit wskutek zrostów.

W dyskusyi jedni mówcy radzą postępowanie suche, inni obfite przepłukiwania otrzewnej.

16) Steinthal (Stuttgart). **Doświadczenia przy przebiciu wrzodu żołądka i jego operacyi.** 15 przypadków własnych, śmiertelność 41·66%. Operować należy odrazu, a nie przeczekiwać wstrząsu, wywołanego przedziurawieniem. Zwykle wystarcza szew warstwowy. Gastroenterostomię wykonywać należy tylko wtedy, gdy wrzód znajduje się w odźwierniku. S. tamponuje ranę.

17) Wspólnie z innemi sekcyami obradowała sekcya chirurgiczna nad **zapaleniem wyrostka robaczkowego.** (Ob. Nr 44 »Przeglądu lek.«).

18) Herczel (Peszt): **Ropnie przynerkowe.** H. omawia etyologię, objawy i leczenie tej sprawy.

19) Kuzmik (Peszt): **Okłucie żylakowych naczyń żylnych przez skórę.** Przy żylakach kończyn dolnych okłuwa K. żyły przez skórę przy zachowaniu ścisłej aseptyki; zaczyna wysoko i postępuje ku obwodowi, zakładając podwiązki w 4—5 ctm. W razie zranienia żyły zakłada K. zaraz poniżej (bliżej palców) drugą, tamującą krwawienie podwiązkę. Okłuwa co ten sposób, że igłę silnie zakrzywioną wbija na 1/2 ctm. od naczynia aż do powięzi i potem podwiązkę silnie zaciska. Przez 1—2 dni odczuwają chorzy bóle. Zmiana opatrunku i wyjęcie nitek po 14—16 dniach. Na 24 przypadków miał K. w 22 wynik bardzo dobry.

Polityka, a medycyna.

Nauki przyrodnicze, a do nich zaliczają się nauki lekarskie, nie mają i nie powinny mieć nic wspólnego z polityką. Ten pewnik odnosi się ze względu na medycynę nietylko do tak zwanych teoretycznych jej gałęzi, ale również i do praktycznych jej działów i do właściwej »sztuki« lekarskiej, do lekarskiego wykonawstwa. Najlżejsza choćby domieszka czynnika politycznego musi być zawsze i wszędzie dla medycyny szkodliwa, utrudnia jej zadania i hamuje postępy.

Mimo to w czasach najnowszych coraz częściej zdarza się niestety, że czynnik polityczny wdziera się tam, skąd raz na zawsze powinien być wygnany. Rozpasanie się namiętności politycznych, zamęt walk rasowych i narodowych oszałamia nieraz nietylko »przeciętne« umysły, porywa za sobą nietylko ludzi, głuchnących w wirze codziennego życia na wszelkie szersze zagadnienia, ale nawet nie oszczędza poważnych badaczy, którzy, usunąwszy się w zacisze pracowni naukowej, mogliby i powinni zdobyć się na wyższe poglądy, którzy trzeźwość i bezstronność głoszą jako swe hasło i obowiązek. Takie czasy nadeszły.

Zjawisko to nie jest oderwane. Jest ono tylko jednym ze skutków ogólnego obniżenia się ideałów, zmateryalizowania się wielu społeczeństw, zwanych cywilizowanemi. Tam, gdzie nauka coraz częściej idzie w służbę interesu osobistego, gdzie się jej używa nieraz tylko jako środka do zdobycia nizkich zysków, tam też jeden tylko do tego krok, by się stawała spodlałą służką polityki. A w tej wstrętnej roli nadaje się, jak każdy środek polityczny, przedewszystkiem do krzywdzenia słabszych. To też nam, Polakom, i innym narodom ciemiężonym, pozbawionym bytu politycznego, jak Czechom i t. d, dają się skutki tego zwyrodnienia dotkliwiej we znaki, niż komukolwiek innemu; odczuwając je boleśniej, żywiej też oceniamy szkodę, powstającą przez to w kulturalnym dorobku ludzkości.

Stąd nie dziw, że znane zajścia w Peszcie, będące tylko dalszym ciągiem tego, co się działo w Madrycie, Washingtonie i t. d., i — jak domyślać się można — sprawione tą samą ręką, odbiły się mnogiem echem w naszych pismach lekarskich i w prasie codziennej. Wszystkie te głosy w jednem są zgodne: że przeciw zrządzonej nam krzywdzie należy podnieść protest, że należy podjąć wszelkie możliwe starania, aby tę krzywdę naprawiono na najbliższym międzynarodowym Zjeździe w Londynie przez zmianę postanowień o międzynarodowej stałej Komisyi Zjazdów, i że nad całą sprawą czuwać powinien u nas stały Komitet dla Zjazdów międzynarodowych. Tejże treści uchwały zapadły również we Lwowie i w Krakowie na naradach przedstawicieli wszystkich korporacyi i towarzystw lekarskich. Bez żadnego porozumiewania się objawiło się jednocześnie wszędzie przekonanie, że nie należy przesądzać przyszłości przez kroki zbyt pospieszne, a nie dość rozważone, i że, licząc się z obecnym ustrojem Zjazdów międzynarodowych, trzeba przedewszystkiem zmierzać do uzyskania w nim należytego dla nas miejsca. Tę jednomyślność opinii należy zarejestrować jako objaw bardzo dodatni.

Napróżno jednak niemal szukać jakiejś reakcyi na oburzające wmieszanie się polityki, a choćby jakiegoś zrównoważonego głosu rozsądku, jakiejś obrony znieważonej w Peszcie dostojności nauki — wśród tych, którzy przy tem bezpośrednio nie zostali ukrzywdzeni. Nie o nas już, ani nie o inne, własnych pozbawione rządów, chodzi narody, bo minął czas złudzeń, że ktokolwiek za nie z poczucia sprawiedliwości się ujmie; ale nie znalazł się dotąd wśród uczonych z Zachodu nikt, ktoby się ujął za samą już godnością nauki, ktoby przynajmniej próbował przekupniów politycznych wygnać z jej świątyni.

Jedyny w tej sprawie odzew, poważny, bezstronny i spokojny, ogłoszony w »Wiener klinische Wochenschrift«, kreśliło pióro — Polaka.[1])

Odzew ten, umiejący się wznieść wysoko ponad wszelkie walki i antagonizmy polityczne i uwolnić od zabarwienia ich namiętnością, godzien jest ze wszech miar uwagi.

Autor stwierdza, że uczucia narodowe przechodzą w dobie obecnej niejednokrotnie w uczucia nienawiści plemiennej, a patryotyzm w szowinizm. Wytwarza się przytem u wielu narodowości przeczulenie, wiara w najwyższą doskonałość własnego, niższość innych narodów, chęć panowania nad nimi i ucisku; wydaje się prawa wyjątkowe, zakazy językowe, urządza się bojkoty ekonomiczne, ba nawet, dochodzi nieraz do barbarzyńskiej bójki fizycznej. Jednem słowem, w »uświadomionym« wieku XX. zaczynają walki plemienne nabierać tych samych cech i odgrywać tę samą rolę, jak fanatyczne walki religijne w średniowieczu, a zarazem zaczynają coraz więcej i coraz szkodliwiej oddziaływać na zupełnie niewłaściwem dla nich polu medycyny.

A jednak, jak nie było nigdy i być nie może medycyny »wyznaniowej«, żydowskiej, muzułmańskiej, czy chrześcijańskiej, tak też nie może być i niema medycyny »narodowej«, niemieckiej, francuskiej, ani angielskiej. Naukowa medycyna pracuje we wszystkich krajach temi samemi metodami, zmierza do wspólnego celu, jest i może być tylko j e d n a. Potoczny sposób mówienia o medycynie niemieckiej, francuskiej i t. d. jest z gruntu fałszywy, co najwyżej możnaby, i to z zastrzeżeniem, mówić o szkołach miejscowych, wiedeńskiej, berlińskiej i t. p., różniących się nieraz znacznie, choć należą do jednej »niemieckiej« medycyny. Lekarz nowoczesny leczy według tychsamych zasad chorego Niemca czy Anglika, a chory również nie ogląda się na narodowość lekarza. Medycyna jest z istoty swej prawdziwie międzynarodowa, to też nie można dopuszczać wpływu politycznego czy narodowego ani do towarzystw i instytutów, ani do dzieł, ani do praktyki lekarskiej. W przeciwnym razie poniosłaby medycyna nieobliczalne szkody. Pominąwszy zupełną zatratę stosunków koleżeńskich i wpływ na praktykę lekarską, wynikłoby stąd, co ważniejsza, zahamowanie postępu wiedzy. Nie doceniano by prac lekarskich narodów wrogich, nie sprawdzanoby ich wyników, pomijanoby zupełnie ważny nieraz dorobek naukowy narodów małych.

Oczywiście więc i na Zjazdach lekarskich międzynarodowych nie ma miejsca dla spraw politycznych i plemiennych. A jednak lekarze kilku narodów, usuwając się od udziału w ostatnim Zjeździe, podawali powody polityczne; co więcej, na postanowienia członków Zjazdu starały się wpływać czynniki, nie należące do świata lekarskiego. Wytaczanie takich spraw na Zjeździe lekarskim chybia zupełnie celu. Każdy lekarz, jeśli jest dobrym synem swej ojczyzny, ma względem swego narodu obowiązki, ale te wypełniać powinien i może tylko na odpowiedniem polu, t. j. w organizacyach politycznych, społecznych, w ciałach prawodawczych i t. p.; międzynarodowe Zjazdy lekarskie ani nie są właściwą areną, ani nie mają środków do rozstrzygania sporów narodowych czy politycznych, a gdyby się tego podjąć próbowały, stałyby się wnet niedogodne dla wielu rządów i zamknęłyby sobie same wstęp do wielu państw. To też wnoszenie politycznych spraw, protestów i t. p. na Zjazdach nie może liczyć na żaden skutek i zamiast oczekiwanego pożytku, jeszcze szkodę przynosi. »Bojkot nauki i postępu mści się zawsze tylko na bojkotującym«.

Organicznym błędem był przy tworzeniu instytucyi międzynarodowych zjazdów lekarskich zupełnie niepotrzebnie przeprowadzony podział uczestników według państw, t. j. polityczny. Skutki tego błędu trudno było wówczas przewidzieć; skutki te dziś usunąć trudno. Podział uczestników nie według państw, ale wedle zasady językowej resp. narodowej, na pozór prosty, nie tak łatwo da się wykonać, jakby się zdawało. Są bowiem n. p. narody, posługujące się jednym językiem, a jednak tworzące dwa odrębne państwa, których w jedną grupę złączyć niepodobna: Portugalczycy i Brazylijczycy, Anglicy i Amerykanie, Belgowie i Francuzi; są znów narody, żądające wspólnej reprezentacyi, a podzielone między kilka państw: Serbowie w 5, Polacy w 3 państwach. Są wreszcie narody różnojęzyczne, zespolone zgodnie w jednem państwie i niepragnące wcale rozdziału: Szwajcarya. Jeszcze gorszą jest zasada reprezentacyi państwowej: rozwinięcie jej musiałoby zrodzić znów wątpliwość, czy Austrya i Węgry, Turcya i Egipt mają być traktowane razem, czy osobno? jak postąpić z państwami kolonialnemi? i t. p.

Jedyną drogą wybrnięcia z tego położenia jest dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich zupełne przekształcenie ich ustroju, a mianowicie: 1) Zupełne skasowanie podziału uczestników czy to wedle państw, czy wedle narodowości, jakoteż wszelkich komitetów państwowych i narodowych oraz ich przedstawicielstwa. 2) Dopuszczenie na Zjazdach każdego języka, którym mówi najmniej $^1/_5$ uczestników Zjazdu. 3) Skasowanie wszelkich godności protektorów Zjazdu, przemówień powitalnych ze strony przedstawicieli państw, miast lub narodów; otwarciem i powitaniem Zjazdu zająć się ma tylko m i e j s c o w y l e k a r s k i komitet. 4) Skasowanie wszelkich przyjęć u dworu, zebrań, urządzanych przez władze miejskie i t. p., wszelkie zebrania i rozrywki urządza wyłącznie miejscowy komitet lekarski, usuwając z nich wszelkie zabarwienie narodowe lub polityczne. 5) Usunięcie z programu Zjazdów mów politycznych i narodowych. 6) Za udogodnienia i t. p. ze strony państwa lub miasta, gdzie zebrał się Zjazd, dziękuje tym czynnikom tylko miejscowy komitet organizacyjny, a nie członkowie kongresu.

Przeprowadzenie tej reformy jest zdaniem autora niezbędne. Usunie ono ze Zjazdów niepotrzebny, a kosztowny aparat reprezentacyjny, zamknie raz na zawsze wrota wszelkim domieszkom politycznym, a zarazem pogłębi i ułatwi Zjazdom osiągnięcie ich właściwych celów.

Jeżeli o powyżej streszczonym artykule można bez przesady powiedzieć, że jego zrównoważenie, spokój i bezstronność godnie odpowiadają głoszonej idei, to niestety wprost przeciwne prawie wrażenie sprawia inny, pod podobnym tytułem świeżo ogłoszony feljeton[1]); zawarte w nim zapewnienia bezstronności nie zupełnie godzą się z resztą treści i dźwięczy w nich jakaś nuta fałszywa, a nastrój polityczny, chociaż go się autor odrzeka, przecie jest i tłem i motywem głównym.

Zaznaczywszy, że Komitet główny Zjazdu Peszteńskiego ściśle trzymał się reguły: »Cel Zjazdu jest wyłącznie naukowy« i że dlatego nawet nie odpowiadał na okólniki i różne protesty niektórych narodowości, zapowiada autor, że ukończywszy już urzędowe czynności generalnego sekretarza Zjazdu, wyjawi swoje poglądy »z tradycyonalną niezawisłością profesora wszechnicy«. Po tej trochę uroczystej zapowiedzi podnosi autor, że Komitet peszteński był ze wszystkimi Komitetami narodowymi w jaknajlepszych koleżeńskich stosunkach i że uczynił wszystko, aby uniknąć starć narodowościowych. Jeszcze tuż przed Zjazdem przyrzekł Komitet peszteński Czechom osobną salę na zebranie lekarzy słowiańskich, przyjął tekst mowy urzędowego przedstawiciela Serbii, rozpatrywał prośbę Rusinów o odrębny Komitet narodowy ruski, z Kroatami miał ciągłe stosunki, otrzymał liczne zgłoszenia wykładów z Rumunii. »A jeżeli w ostatniej chwili przeważna część Słowian (i Rumuni) się cofnęła, to z tej przyczyny, że byli zbyt słabi, żeby się oprzeć wpływowi swej narodowej prasy i opinii. I odpokutowali to gorzko. Wśród 2500 zagranicznych i 1500 węgierskich uczestników nikt nie odczuwał ich nieobecności, jako jakiegoś braku«. Tu wymienia autor liczbę uczestników z Niemiec, Anglii, Francyi, wylicza różne państwa i państewka. »W s z y s c y przybyli; także R o s y a n (podkreślenie autora) reprezentowało 273 uczestników, byli też obecni Bułgarzy i Polacy« — pisze autor, poczem tak kończy: »Faktycznie n i k t nie odczuwał braku nieobecnych, ale oni pominęli sposobność, by się osobiście zetknąć z największymi uczonymi wielkich narodów. Zjazd wcale nie zauważył demonstracyi, ani jej nie odczuł, natomiast nieobecni sami pozbawili się prawa, w rzeczypospolitej naukowej występować jako równouprawnieni. Całe to zajście możemy spokojnie uważać za załatwione«.

Przytaczam umyślnie ten znamienny ustęp w dosłownem tłómaczeniu.

Ale niemniej znamienna jest druga część artykułu, w której autor stara się wytłómaczyć swym niemieckim czytelnikom, że niesłusznie posądzali Węgrów o germanofobię. Ta część, nizko

[1]) Prof. W. J a w o r s k i; Politik und Nationalität auf den internationalen medizinischen Kongressen. Wiener klin. Wochensch. 1909 Nr. 39.

[1]) Prof. dr Emil v. G r o s z (Budapest): Medizinische Wissenschaft und Politik. Deutsche med. Wochenschrift, 1909 Nr. 42.

skłaniająca się przed »wielkim narodem«, kończy się odwołaniem na świadectwo wszystkich niemieckich uczestników Zjazdu, jako między Węgrami a Niemcami istnieje związek naukowy, jeszcze potężniejszy, niż polityczny.

A po tem wszystkiem:

»Z prac naszych (t. j. Zjazdu w Peszcie) wyłączona jest wszelka polityka, z wyjątkiem jednej, a to polityki wyrównywania przeciwności i jednoczenia sił. Nie znamy żadnej innej broni, jak broń wiedzy, nie służymy żadnemu innemu celowi, jak tylko dobru ludzkości«.

»My« — to autor i jego niemieccy czytelnicy, których autor ze swoim narodem w tak ścisłym widzi sojuszu.

Tymczasem życie przynosi coraz nowe dowody, że świat lekarski nie umie się dostatecznie bronić przed zarazkiem politycznym, nie baczny na wyniknąć stąd mogące szkody dla nauki i cierpiącej ludzkości i obniżenie dostojeństwa i powagi zawodu lekarskiego.

Oto w Nr. 41 »Münchener medizinische Wochenschrift« z r. b. znajduje się artykuł p. t. »Deutsche Ärzte für die Ostmark«.

Czytamy tam, że pismo »Korrespondenz für die deutsche Ostmark«, organ »Niemieckiego Stowarzyszenia dla kresów wschodnich« (HKT.) zarzuciło »Związkowi lipskiemu«, iż utrudnia osadzanie lekarzy-Niemców w Księstwie Poznańskiem i Prusach wschodnich, odwodząc swoich członków od przenoszenia się do tych prowincyi, ponieważ tam nie znajdą oni dostatecznego utrzymania i ponieważ »Związek« z pominięciem zasady narodowości kieruje się tylko tem, czy w danej miejscowości ludność ma już, czy też niema dostatecznej pomocy lekarskiej. Wprawdzie — wywodzi owa »Korrespondenz«, — nie można brać za złe lekarzom niemieckim, że strzegą pilnie swych interesów zawodowych, wszelako »Związek« popada tu w przesadę ze szkodą dla sprawy niemieckiej. Znaczenie lekarzy, adwokatów i t. p. dla sprawy narodowej ocenili już dawno Polacy, kształcąc za pomocą stypendyów z fundacyi Marcinkowskiego w r. 1908 54 słuchaczy medycyny, by ich potem osiedlić w Poznańskiem. »Związek lipski« postępuje tem błędniej, że w Poznańskiem 1 lekarz wypada dopiero na 3585 mieszkańców i 52 km.^{2}, a w Prusach wogóle 1 na 1737 dusz i 18,20 km.^{2}; jest więc w Poznańskiem dość miejsca dla lekarzy Niemców.

Na te zarzuty odpowiada »Związek lipski«, że zadania jego są czysto zawodowe, wszelkie zaś sprawy polityczne, narodowe i wyznaniowe przekraczają jego zakres działania. To też przy osiedlaniu lekarzy musi się »Związek« kierować względami tylko zawodowymi, a nie narodowymi. Osadzenie lekarza-Niemca obok Polaka w miejscowości, gdzie się tylko jeden lekarz może utrzymać, przynosi szkodę obu tym lekarzom i wznieca walkę, obniżającą poziom etyczny i powagę stanu. A jeżeli lekarz-Polak w walce ulegnie i musi ustąpić, to wtedy zdarza się, że rozgoryczony i zmuszony w jaki bądź sposób zdobyć sobie byt, ofiaruje swe usługi jakiejś kasie chorych w innej prowincyi Niemiec w chwili walki tej kasy z lekarzami, działając na szkodę tamtejszych lekarzy. Nie zdarzyło się zaś — wywodzi »Związek lipski«, — aby w takim przypadku niemiecka kasa chorych odrzuciła usługi owego lekarza-Polaka, albo, by rząd zakazał kasie tego lekarza przyjąć. Złe skutki obecnego postępowania rządu wobec lekarzy-Polaków w Poznańskiem spadają przeto na cały stan lekarski w Niemczech. Dopóki rząd nie uchroni lekarzy-Niemców od złych skutków swego dotychczasowego systemu, dopóty i »Związek lipski« nie może doradzać swym członkom osiedlania się na posadach w Poznańskiem. Udzielane przez rząd lekarzom-Niemcom w Poznańskiem subwencye (1200—1800 M. rocznie) są zbyt małe i nie zapewniają im utrzymania, co więcej, każdemu z subwencyonowanych lekarzy może rząd subwencyę każdej chwili zmniejszyć lub wstrzymać, jak również żądać zwrotu wszystkich wypłaconych zasiłków, gdyby subwencyonowany lekarz-Niemiec miejsce swoje przed zastrzeżonym czasem porzucił. Zarzut, że coraz trudniej pozyskać lekarzy-Niemców dla osiedlenia ich w Poznańskiem, należy więc skierować nie do »Związku lipskiego«, ale do rządu i jego obecnego systemu.

Jest niezmiernie znamienne, że »Związek lipski«, uznał za właściwe odpowiadać na artykuł »Korrespondenz für die deutsche Ostmark« i przeciw zarzutom tego pisma się bronić. Ale jeszcze znamienniejsza jest treść wywodów »Związku«. Bo przecież ani wzmianka o tem, że niemieckie kasy chorych nie wahają się w walce z lekarzami przyjmować pozbawionych utrzymania lekarzy-Polaków i że rząd im tego nie zakazuje, ani wskazanie przez »Związek«, iż gadzinowe subwencye dla lekarzy-Niemców w Poznańskiem są zbyt nizkie — komentarza chyba nie potrzebuje.

W stosunkach naukowych i zawodowych przestało być takie lub podobne traktowanie nas przez obcych czemś niezwykłem; nie wywołuje u nas już nawet zdziwienia. Natomiast bezstronny głos cudzoziemca w stosunku do medycyny naszej i lekarzy polskich jest tak rzadki, a życzliwy głos — tak poprostu wyjątkowy, że godzi się, jeżeli się odezwie, przytoczyć go dosłownie.

W miesięczniku »Sowremiennaja Psichiatrja« (zeszyt wrześniowy 1909 r.) pisze p. Semidałow:

»Dnia 28. września b. r. zostanie otwarty w Warszawie pierwszy Zjazd polskich psychiatrów, neurologów i psychologów. Z okazyi tego Zjazdu, z radością witanego przez redakcyę »Sowremiennoj Psichiatrii«, należy zaznaczyć, że z polskiej myśli naukowej zdjęte zostają nareszcie pęta, któremi skrępowaną była przez dziesiątki lat; — polska myśl naukowa, która miała swoje własne źródło, popłynie wreszcie swobodniej swem własnem korytem, zupełnie bez wpływów obcych (niemieckiego, rosyjskiego). Tak też być powinno, gdyż Polska, to kraj mający swoją wielowiekową kulturę, z najwyższymi przybytkami wiedzy i cywilizacyi, z których n. p. Wszechnica Jagiellońska w Krakowie przetrwała przeszło pięć wieków. Wydawałoby się ironią, że w XX. wieku odbyć ma się dopiero pierwszy Zjazd naukowy w Warszawie, gdyby wszyscy nie pamiętali o tem, na jakie trudności napotykały wszelkie dążenia polskich lekarzy, starających się uzyskać polskie Zjazdy naukowe w stolicy swej własnej ziemi. Władze petersburskie zakazywały tych Zjazdów w Warszawie; nie mogły im przeszkodzić w Galicyi, gdzie też Zjazdy zbierały się prawie rok rocznie. (Zjazdy polskich chirurgów, internistów i balneologów). Chcielibyśmy wierzyć, że odtąd nad polską myślą naukową już nie będzie wisiało złe fatum, że Zjazd polskich psychiatrów rozpocznie erę polskich naukowych Zjazdów w Warszawie. Z przeglądu wykładów, zgłoszonych na Zjazd, wynika, że wszystkie one dotyczą tylko strony naukowej psychiatryi współczesnej i nie poruszają zupełnie (ani jeden z nich) zakresu psychiatryi administracyjnej; jednem słowem zupełnie pominięto sprawę opieki nad chorymi. A nie jest to przypadkowe. O ile brak ten nie jest następstwem »rady« udzielonej z Petersburga, to widocznie wypływa on stąd, że w Polsce rosyjskiej, gęściej zaludnionej, niż Francya, niema prawie zupełnie zakładów psychiatrycznych, co znowu jest wynikiem braku samorządu. Stare polskie szpitale, ongiś zamczyska, Jana Bożego w Warszawie i św. Wincentego w Lublinie — są raczej zabytkami przeszłości polskiej psychiatryi, już całkiem zatartej w stolicy kraju, aniżeli zakładami leczniczymi ze współczesnym komfortem i urządzeniami naukowemi. Jedyny w całej Polsce (pod panowaniem rosyjskiem) większy zakład leczniczy psychiatryczny — Tworki, ma na czele administracyę — rosyjską i połowę lekarzy ordynujących — Rosyan. W szpitalu Jana Bożego, drugim stosunkowo wielkim tego rodzaju zakładzie, subsydyowanym przez magistrat warszawski, po śmierci Dra Rotego, ostatniego dyrektora Polaka, urząd dyrektora otrzymał — Rosyanin. Te ciągłe narodowe starcia, na ogólnem tle złych stosunków rosyjsko-polskich w całem państwie, wysoce przeszkadzają rozwojowi naukowemu szpitali i sprawie pielęgnowania chorych. Natomiast w bardzo nielicznych zakładach, powstałych albo ze środków dobroczynnych »Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi«, lub ze środków niektórych grup ludności (n. p. szpital żydowski w Warszawie, przytułek pod Łodzią), na których zarządzie nie ciąży łapa czynownicza, mimo niedostatku środków materyalnych, ruch naukowy i praca są widoczniejsze i płodniejsze. Zaznacza się to zarówno pracą polskich psychiatrów w miejscowych stowarzyszeniach naukowych i prasie lekarskiej, jak również w ciągłym napływie młodych polskich sił, pracujących w ogniskach naukowych Niemiec, Austryi i Francyi. Gorąco życzymy powodzenia pierwszemu polskiemu Zjazdowi psychiatrycznemu w Warszawie, życzymy mu, aby dał on trwałe i świetne podstawy dla dalszych Zjazdów«. (tłom. z rosyjskiego sł. m. Kuryluk).

W czasach wzmagającej się reakcyi i ponownego ucisku, odbija powyższy artykuł tem jaśniej od rozpasania szowinizmów politycznych, im bardziej wdzierają się one nawet na pole naukowe, kulturalne i humanitarne. Głos taki dzisiaj, zasługuje na zaznaczenie, choćby on był wyrazem poglądów tylko — szlachetnej jednostki. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szkolni w Austryi mają być z d. 1. grudnia b. r. ustanowieni w seminaryach nauczycielskich. Urzędowy komentarz do tego zarządzenia wywodzi, że »wybór na tę grupę szkół padł dlatego, ponieważ w zakładach wymienionych, już obecnie zajęci są lekarze jako wykładający somatologię i higienę szkolną i będą mogli wobec tego objąć służbę lekarską szkolną. Także ta okoliczność, że z seminaryami nauczycielskiemi połączone są szkoły ludowe, t. zw. szkoły ćwiczeń, oraz t. zw. ogródki dla dzieci, da lekarzom wspomnianym sposobność rozwinięcia swej działalności na młodzież rozmaitych stopni wieku«. Niemniej jednak odnosi się wrażenie, że w takiem załatwieniu sprawy rolę główną odgrywał wzgląd na oszczędność; dodanie płatnym już przez rząd docentom higieny w seminaryach obowiązków lekarzy szkolnych pociągnie za sobą niewielkie tylko zwiększenie wydatków, a coraz głośniejsze żądania utworzenia lekarzy szkolnych uciszy się na czas jakiś. Jak zwykle — połowicznie, byle tanio. *Z.*

W sprawie lekarzy szkolnych w szkołach ludowych pisze jeden z dzienników wiedeńskich, co następuje: Głosu nauczycielstwa, domagającego się bezustannie lekarzy szkolnych, nikt nie chce usłyszeć, i to zarówno głucha na głos ten jest ludność sama, jak i jej przedstawiciele w ciałach prawodawczych. Może wreszcie otworzy im oczy następujące zdarzenie w jednej ze szkół żeńskich w Wiedniu. Ot już trzeci rok siedziała dziewczynka w pierwszej klasie normalnej. Nauczycielki omijały ze wstrętem biedne dziecię, zeszpecone wrzodami na twarzy i chorobą oczu. Wreszcie trzecia nauczycielka zlitowała się nad dzieckiem, a jeszcze bardziej zaniepokoiła się o zdrowie reszty, 70 dzieci, uczęszczających do tej samy klasy. Starszego nauczyciela prosiła, by dał dziecko zbadać lekarzowi, ten jednak nie wiedział, jak się wziąć do rzeczy. Więc wreszcie nauczycielka sama zaprowadziła dziewczynkę do lekarza obwodowego, który rozpoznał u dziecka kiłę. Natychmiast też dziecko chore ze szkoły usunięto. A więc dwa pełne lata siedziało kiłowe dziecko pośród swych sześcio- lub siedmioletnich niedoświadczonych rówieśniczek i to w klasach, liczących 60 do 70 głów. Jak może zarząd szkół narażać się na taką odpowiedzialność, boć przecie łatwo zdarzyć się mogło, że którakolwiek z uczennic mogła się w szkole zarazić straszną chorobą i to tylko dlatego, że się nowo wstępujących dzieci do szkół ludowych nie poddaje badaniu lekarskiemu? A władze nietylko odwlekają sprawę lekarzy szkolnych (na razie utworzono instytucyę lekarzy szkolnych, ale tylko w seminaryach), ale nawet zdarzyło się, iż lekarzowi, który zgłaszał się do Rady szkolnej, że za darmo chce pełnić czynności lekarza szkolnego, uprzejmie za łaskawą ofiarę podziękowano i jej nie przyjęto. *Stahr.*

Przeciw wiwisekcyom. Istniejący w Austryi »Związek przeciw wiwisekcyom« (z siedzibą w Gracu) rozsyła lekarzom celem zyskania ich podpisów memoryał i projekt ustawy, które imieniem lekarzy(!) mają być wniesione do austryackiej Rady Państwa; ustawa ta ma »uregulować« sprawę doświadczeń naukowych na zwierzętach. Według tej ustawy wolnoby było wykonywać doświadczenia tylko w tych publicznych zakładach naukowych, któreby miały na to osobne zezwolenie namiestnictwa i tylko tym lekarzom, którzyby również mieli na to osobne imienne zezwolenie namiestnictwa, a oprócz tego na każde z osobna doświadczenie pozwolenie komisyi (Thierversuchskommission), złożonej w połowie ze »znawców«, a w połowie z członków towarzystw ochrony zwierząt (!). Komisyi tej ma się pisemnie donosić o każdem zamierzonem doświadczeniu i czekać za każdym razem na jej osobne pisemne zezwolenie(!), a donosząc, ma się podać cel, sposób i czas trwania doświadczenia, oraz sposób znieczulenia zwierzęcia. Wolno zezwolić tylko na takie doświadczenie, które »ma wzbogacić wiedzę przez nowe pożyteczne odkrycie«, a nie wolno wykonywać doświadczeń ani co do zagadnień naukowych, raz już rozstrzygniętych, ani dla celów dydaktycznych, ani wtedy, gdy można zagadnienie rozwiązać także inną drogą bez doświadczenia na zwierzęciu (!). (NB. O tem wszystkiem rozstrzyga owa komisya, złożona z laików, członków towarzystw ochrony zwierząt!). Po każdem doświadczeniu ma być zwierzę zaraz zabite i nie wolno go użyć do drugiego doświadczenia i t. p.

Niema lekarza, któryby nie uznawał, że przy doświadczeniach na zwierzętach należy je ile możności oszczędzać, jak niema chyba poważnego uczonego, któryby się do tego nie stosował i nie był za ukróceniem wszelkich nadużyć, gdyby się jakie gdzie zdarzyły. Ale streszczony powyżej projekt ustawy jest czemś wprost niesłychanem; gdyby taka ustawa weszła w życie, byłoby to równoznaczne z zupełnem zahamowaniem i zniszczeniem postępu nauk przyrodniczych i lekarskich. Wobec niedostatków filantropii, w której zakresie tyle jeszcze jest do zrobienia, wyglądają takie usiłowania przyjaciół zwierząt poprostu na bolesne szyderstwo ze wszystkich dążeń do złagodzenia tysiącznych cierpień ludzkości.

Do memoryału »Związku przeciw wiwisekcyom« dołączono imienny spis lekarzy, którzy memoryał podpisali, liczący przeszło 200 nazwisk. Wśród nich znajduje się aż 50 nazwisk kolegów z Galicyi. Podpisujący memoryał lekarze chyba nie czytali lub nie mieli w rękach projektu ustawy, dołączonego do memoryału! *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. X. do 30. X. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Gródek jag. (Wola dobrostańska 1, Kiernica 1), Kamionka (Chołojów 1), Kałusz (Dołżka 6), Rawa (Magierów 7), Skałat (Kołodziejówka 3), Stryj (Dzieduszyce w. 2), Zborów (Futory ad Zborów 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. X. do 30. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 4 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 1 (—), płonicy 8 † — (4 † —), odry 3 (—), duru brzusznego 6 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 3. X. do 16. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 29 † 4, odry 10 † 1, płonicy 37 † 4, błonicy 10 † 2, róży 27 † 1, duru brzusznego 67 † 8, duru osutkowego 13, duru powrotnego 6, grypy 3, czerwonki 7 † 1. (*Gaz. lek.* 44).

Wiadomości bieżące.

Kraków. D. 2. XI. 1909 odbyło się wspólne zebranie przedstawicieli Izby lekarskiej, zarządu Towarzystwa lekarskiego i krajowego Związku lekarzy w sprawie znanych zajść na Zjeździe w Peszcie. Przebieg sprawy przedstawił szczegółowo prezes komitetu polskiego prof. Wicherkiewicz. Po obszernej dyskusyi uchwalono zgodnie z postanowieniami, już poprzednio powziętemi przez reprezentacye zrzeszeń lekarskich we Lwowie podnieść protest przeciw postępowaniu komitetu peszteńskiego, oraz prosić stały Komitet polski Zjazdów międzynarodowych, aby podjął stosowne starania u komitetu najbliższego Zjazdu w Londynie o usunięcie krzywdzących narody słowiańskie postanowień.

— W preliminarzu budżetu austryackiego na rok 1910 znajdują się następujące wydatki na cele lekarskie i sanitarne w Galicyi:

Wydział lekarski lwowski 463.708 kor. w wydatkach zwyczajnych (w porównaniu z r. 1909 więcej o 12.432 kor. z powodu wzrostu pięcioleci i t. p., oraz utworzenia demonstratury przy zakładzie fizyologii, asystentury w miejce demonstratury przy zakładzie anatomii i zwiększenia dotacyi kliniki lekarskiej o 200 kor. i laryngologicznej o 300 kor.), a w wydatkach nadzwyczajnych po 3000 kor. na adaptacye w zakładzie chemii lekarskiej i laryngologicznym, drobne zasiłki (1000—1250 kor.) na adaptacye w zakładach psychiatrycznym i histologicznym, 10.000 kor. na wodociągi w klinikach lekarskiej i chirurgicznej, dalsze raty na wyposażenie naukowe zakładu anatomo-patologicznego i farmakologicznego (po 1000 kor.), oraz pierwsze raty na tenże cel dla kliniki pedyatrycznej (2500 kor.) i położniczej (1000 kor.). — Wydział lekarski krakowski 646.345 kor. w wydatkach zwyczajnych (w porównaniu z r. 1909 więcej o 48.057 kor. z powodu wzrostu pięcioleci i t. p., oraz wynajęcia lokalu na zakład histologii, zwiększenia wydatków na klinikę pedyatryczną, dotacyi zakładu farmakologii o 400 kor., medycyny sądowej o 200 kor., anatomii na cele nauczania embryologii o 400 kor.; wydatków na utrzymanie klinik o 22.000 kor.), a w wydatkach nadzwyczajnych 12.000 kor. na urządzenie zakładu chemii lekarskiej (3. rata), 1500 kor. na przyrządy do nauki histologii, 2000 kor. na urządzenie oświetlenia sali operacyjnej kliniki położniczej (2. rata), 1400 kor. na urządzenie łazienek w klinice lekarskiej (1. rata), 3500 kor. na adaptacye i środki dydaktyczne dla zakładu anatomii (1. rata), po 750 kor. na przyrządy dla zakładów embryologii i antropologii, wreszcie ostatnie raty (po

1000—1500 kor.), na wyposażenie naukowe zakładów anatomii patol., patologii dośw., weterynaryi, higieny, kliniki ped., oraz pierwsze raty na tenże cel dla kliniki położniczej (2500 kor.), kliniki chorób skórnych (1250 kor.), zakładów dentystycznego i farmakologicznego (po 1000 kor.).

Dla porównania należy wspomnieć, że Wydział lekarski niemiecki w Pradze ma kosztować w r. 1910 769.398, a więc o 150.000 kor. więcej, niż krakowski, o 300.000 kor. więcej, niż lwowski, chociaż każdy z nich przewyższa go znacznie liczbą słuchaczy i niezaspokojonych potrzeb! Wydział zaś lekarski czeski, największy po wiedeńskim, otrzyma tylko 724.446 kor!

Na nowe budynki i adaptacye zakładów lekarskich w Krakowie i we Lwowie znajdują się w preliminarzu tylko dalsze raty przyznanych już dawniej kredytów.

W budżecie ministerstwa spraw wewn. przeznaczono na wydatki kraj. Rady Zdrowia w Galicyi tylko 4000 kor., t. j. tyle co na Morawach, a mało co więcej, niż w Styryi, Tyrolu (po 3000 kor.) i Karyntyi (2700 kor.)!; na rządowy personal sanitarny (98 lekarzy) 365.210 kor., gdy np. dla Czech (115 lekarzy) 441.171 kor.!; na zakład badania środków spożywczych w Krakowie 26.000 kor., gdy np. na sam niemiecki zakład w Pradze 31.891, a na czeski 27.742 kor. (razem 59.633 kor.), w Gracu 30.426 kor.!

— Na wydział lekarski zapisało się na półrocze zimowe roku 1909/10 słuchaczy zwyczajnych 437, nadzwyczajnych 17, słuchaczek 41.

Lwów. Na posiedzeniu Krajowej Rady Zdrowia w d. 27. IX. b. r. wydano opinie o obsadzeniu 3 posad koncepistów sanitarnych, o utworzeniu nowych okręgów sanitarnych w Chołojowie (powiecie kamioneckim), Przebławiu (powiecie mieleckim) i Kosmaczu (pow. kossowskim), oraz o przeniesieniu siedziby okręgu sanitarnego z Moszczan do innej miejscowości.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wschodnio-gal. w d. 4. X. b. r. oświadczono się za wydaniem koncesyi na aptekę we Lwowie, zaopiniowano przychylnie podanie dr. Skałkowskiego o zamianowanie go znawcą sądowym, przyjęto referat prof. Sieradzkiego w sprawie fałszowania dyplomów lekarskich, uchwalono wnieść przedstawienie do prezydyum apelacyi we Lwowie w sprawie redukcyi przez sąd wyższy należytości, przyznanej dr. H. z D., uchwalono prosić prezydyum Koła polskiego w Wiedniu o interwencyę w sprawie pokrzywdzenia Galicyi przy mianowaniu członków Najw. Rady Zdrowia, wreszcie odrzucono zażalenie położnej na 2 lekarzy, jako nie należące do kompetencyi Izby.

— W sekcyi wychowania fizycznego Zjazdu pedagogicznego we Lwowie w d. 1. i 2. XI. wybrani zostali przewodniczącymi: dr Kosmowski z Warszawy i prof. Bujwid z Krakowa, wiceprezesami dr Fiszer ze Lwowa, dr Opieński z Żółkwi, prof. Popiołek z Cieszyna i p. Gebethnerowa z Warszawy. Gospodarzami sekcyi byli prof. dr Panek i dr W. Serbeński.

— Towarzystwo zabaw ruchowych urządza w połowie listopada ankietę celem ustalenia higienicznych zasad wychowania fizycznego zapomocą gier i zabaw ruchowych i właściwego dostosowania tych zabaw do rozwoju, wieku i płci młodzieży. W ankiecie mają uczestniczyć: prof. dr Beck, prof. dr Kučera, prof. dr Panek, doc. dr. Piasecki, dr K. Wyrzykowski i wiceprezesi Towarzystwa: dr Hojnacki i dr Hornung.

— R. dw. prof. dr Kadyi i rektor prof. dr Szpilman mianowani zostali przez Akademię weterynaryjną honorowymi doktorami.

Warszawa. W d. 1. XI. położono kamień węgielny pod Dom opieki dla upośledzonych umysłowo. Instytucya ta, utworzona w r. 1904 przez zbór ewangelicko-augsburski, opiekująca się obecnie 33 osobami, mieściła się dotąd w domu wynajętym. Nowy zakład staje za rogatkami wolskiemi, a ma kosztować 28.000 rbs.

— Na rozpoczynających się 6. XI. b. r. kursach higieny dziecięcej dla kobiet wykładać będą: Dr K. Pawlikowski (anatomię i fizyologię), Dr Roszkowski (higienę dziecięctwa) i Dr L. Zembrzuski (pomoc w nagłych wypadkach).

— Zakład fizyczno-leczniczy dla leczenia chorób kobiecych otwarli Dr Hubicki, Lorentowicz i Wisznicki.

— W osadzie Przedecz w gub. warszawskiej potrzebny jest lekarz, który otrzyma 400 rb. subsydyum rocznego i mieszkanie. Bliższych wiadomości zasięgnąć można u miejscowego aptekarza.

Z różnych stron. Wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego w r. b. ukończyli pp.: Jan Adamski (*cum eximia laude*), Stefan Lejman (*c. ex. l.*), Czesław Jakubowski, Bronisław Koziorowski, Wacław Kosmowski (*c. ex. l.*), Leon Kryński, Alojzy Orłowski, Paweł Szaniawski (*c. ex. l.*), wszyscy z Królestwa Polskiego.

— 10. XI. b. r. otwarty zostanie dom najstarszego Towarzystwa lekarskiego w Ameryce »College of Physicians in Philadelphia«, przewyższający niewątpliwie wszystkie siedziby Towarzystw lekarskich w całym świecie. Wzniesiony kosztem około 2 milionów koron (z czego część czwartą ofiarował znany milioner Carnegie) zawiera gmach ten 2 wielkie czytelnie, salę zebrań na 500 osób, 3 mniejsze audytorya, pracownie, biura i bibliotekę, obejmującą 100.000 tomów. Biblioteka ta rośnie bardzo szybko, corocznie o 2000 tomów, przedewszystkiem dlatego, że lekarze amerykańscy wszyscy bez wyjątku zapisują swe biblioteki Towarzystwom lekarskim.

— W pułku omskim, przebywającym w Pskowie, wybuchła cholera. Głównodowodzący wojskami okręgu udzielił nagany dowódcy pułku, lekarzom korpusu i dywizyi, a lekarza pułkowego.... skazał na 7 dni aresztu. O tym »nowym, rosyjskim« sposobie walki z cholerą donosi za »Wracz. Gaz.« (Nr 40) »Gazeta lekarska« w Nrze 44.

Zmarli: Dr Aleksander Baranowski w 80 r. ż. w Osięcinach na Kujawach; Dr Leon Sztorc, wychowaniec akademii med.-chir. w Warszawie i uniwersytetu kijowskiego, uczestnik powstania w r. 1863, potem asystent Prof. Gerharda w Würzburgu, następnie lekarz w Warszawie — w 70 r. ż. w Lelowie w kieleckiem; Dr Franciszek Buharewicz w Kiszyniowie.

Redakcya otrzymała: Beck i Bikeles: 1) Badania nad drogami odruchowemi w rdzeniu pacierzowym. »Tyg. lek.«. 2) Einige Beobachtungen über Reflexerscheinungen am Hintertier. 3) Physiol. Untersuchungen, betr. Reflexbahnen in der grauen Substanz des Rückenmarks. »Arch. f. des ges. Physiol.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. listopada 1909 o g. 6 wieczór w klinice chirurgicznej** (Kopernika 40). Prof. Kader i asystenci kliniki przedstawią szereg przypadków, leczonych w klinice.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ferromanganin stosowali i polecają: Dr G. Helfer, Wien VIII. Josefstädtterstr. 101, Dr Ernst Mayer, Ybbsitz i Dr J. Wilhelm, Wien IX. Alserstr. — jako środek korzystnie działający przeciw niedokrwistości, blednicy, neurastenii i stanom osłabienia, wreszcie u ozdrowieńców. Dobry smak, jakoteż okoliczność, że przetwór ten łatwo ulega strawieniu i wessaniu, podnoszą jego wartość wobec innych podobnych środków. *Ll. W.*

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strze-

lecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Męsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesnè 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzysztalowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11. Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Doc. Męsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7. Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka.